

109



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0292287

ADHESION TERAPEUTICA: EVALUACION DE UN TALLER DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
BEATRIZ HERNANDEZ GONZALEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
ASESORES: MIREYA GAMIOCHIPI CANO
GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
ANNE MARIE BRUGMAN
BERTHA BLUM GRYNBERG



MEXICO, D.F.,

2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ADHESIÓN TERAPÉUTICA: EVALUACIÓN DE UN TALLER DE
AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Tesis que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

*Vo Bo
Dolores Mercado
Abril 5/01*

*Vo Bo
Beatriz Hernández González
Abril 7/01*

PRESENTA:

BEATRIZ HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

México, D. F.

*Vo Bo
Beatriz Hernández González
Abril 5/01*

*Vo Bo
A. Román
Abril de 2001*

RECONOCIMIENTO

A la Dra. Dolores Mercado Corona gracias por su dedicación, colaboración y dirección para realizar este trabajo.

A la Dra. Graciela Rodríguez Ortega gracias por su orientación en la realización e este trabajo.

A la profesora Mireya Gamiochipi Cano gracias por su apoyo, asesoría y materiales proporcionados para realizar esta tesis.

A la profesora Anne Marie Brugman gracias por sus sugerencias para mejorar mi proyecto de trabajo.

A la profesora Bertha Blum Grynberg gracias por sus comentarios en apoyo a la realización de este estudio.

Gracias a todas las personas que participaron para realizar lo mejor posible este trabajo: Al profesor Rigo Lemini Marco Antonio quien brindo clases para planear y realizar un proyecto de tesis. Al profesor José Luis Sánchez profesor del S.U.A. por sus consejos y asesoría. Gracias a Miguel Ángel y a Juan Carlos por su apoyo y comentarios respecto a la realización de este trabajo.

DEDICATORIA:

A mis padres, hermanos
y familiares
que me han apoyado en
todo momento.
Gracias por su paciencia.

DEDICATORIA:

A mis maestros
y a todas las personas
que me ayudaron
y aconsejaron.
Gracias por su
colaboración en la
realización de
este trabajo.

Carolina, Rafaela,
Silvia, Rocío,
Graciela, Griselda,
Patricia, Leticia, Pedro,
Gustavo.
Gracias por su amistad
y compañerismo.

ÍNDICE

CAPITULO I

DIABETES MELLITUS

Introducción.	1
Diabetes mellitus.	4
Epidemiología.	6
Clasificación de la diabetes mellitus.	9
Diagnóstico clínico.	12
Etiopatogenia.	14
Complicaciones de la diabetes mellitus.	16
Complicaciones agudas.	17
Complicaciones crónicas.	18
Factores de riesgo que se relacionan con la diabetes mellitus tipo 2	20
Conductas de autocuidado en la diabetes Mellitus tipo 2	23

CAPITULO II

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA DIABETES MELLITUS

Investigaciones.	
Consecuencias psicológicas en la diabetes mellitus a corto plazo.	28
Posibles consecuencias psicológicas a mediano plazo en la diabetes mellitus.	30
Posibles consecuencias psicológicas a largo plazo en la diabetes Mellitus.	31
Factores familiares que influyen en el autocuidado de la diabetes mellitus.	32
Barreras de adherencia terapéutica en la diabetes mellitus.	33
Características demográficas.	34
Características del tratamiento.	35
Relación médico-paciente.	36
Características personales.	38

CAPITULO III
PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Concepto de salud-enfermedad.	41
Conductas de riesgo, de enfermedad y de salud.	44
Psicología de la salud.	47
Campo de aplicación de la psicología de la salud.	48
Relación de la psicología de la salud con otras disciplinas.	50
Atención psicológica al paciente diabético en tratamiento médico.	51
Asesoría específica.	52
Automonitoreo	53
Control de peso y modificación de hábitos alimenticios.	55
Control de estrés.	57
Intervención en grupos.	59
Educación para la salud.	62
Autocuidado.	65
Adhesión terapéutica.	66

CAPITULO IV

FORMACIÓN DE GRUPOS EDUCATIVOS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA
SALUD

Concepto de grupo.	72
Características de grupos.	74
Factores que influyen en el desarrollo grupal.	75
Dinámica grupal en el proceso de aprendizaje.	77
Proceso de enseñanza-aprendizaje.	79
Planeación.	80
Instrucción.	82
Evaluación.	83

CAPITULO V
MÉTODO DE TRABAJO

Planteamiento de problema	86
Hipótesis	88
Definición de variables	88
Sujetos	90
Muestreo	90
Diseño	90
Instrumentos	90
Procedimiento	91

CAPITULO VI
RESULTADOS

Resultados	
Edad.	93
Glucosa.	94
Obesidad.	97
Ansiedad.	100
Ansiedad-glucosa.	103

CAPITULO VII
DISCUSIÓN

Discusión	106
Conclusiones.	112
Referencias	113
ANEXO I	119
ANEXO II	130

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa, debida al déficit en la secreción o utilización de la insulina, conduce a la elevación de niveles de glucosa en sangre y alteraciones en el metabolismo.

En el taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2, participaron 22 pacientes, los resultados indican cambios significativos hacia un buen control de glucosa y también en control de ansiedad (en glucosa $t= 4.687_{\text{con } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.001$ y en estrés $t= 18.82_{\text{con } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= .001$), no hay cambios significativos en cuanto a IMC ($t= 1.798_{\text{con } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.05$), la correlación entre glucosa y ansiedad es mínima al inicio del taller ($r=0.97_{\text{con } 20 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.668$). después de finalizar el taller la correlación entre glucosa y ansiedad es moderada ($r=0.458_{\text{con } 20 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.032$).

Las actividades básicas en el autocuidado son: manejo adecuado de medicamentos, control dietético, automonitoreo de glucosa, práctica de rutina de ejercicio físico y adicionalmente se incluye la relajación (incluida en el taller de autocuidado de la salud) como parte de estas actividades de salud.

Los pacientes asumen un rol activo realizando actividades de autocuidado de la salud y en consecuencia es posible mejorar y mantener un control de glucosa favorable.

En este taller el apoyo grupal es un factor importante para cada paciente. Las actividades de autocuidado mejoran la calidad de vida en salud de pacientes diabéticos.

Palabras clave: autocuidado, estrés, adhesión terapéutica, tratamiento de diabetes.

SUMMARY

Diabetes mellitus is a chronic-degenerative illness, due to deficit in the secretion or use of insuline. This deficit results on alteration of metabolism and onset in blood glucose.

In this framework participated 22 diabetes type 2 patients. Results indicates significant changes on glucose levels and anxiety levels (glucose $t= 4.687_{\text{with } 21 \text{ gl.}}$ $P\alpha= 0.001$ and anxiety $t= 18.82_{\text{with } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= .001$). IMC was not significant changes ($T=1.79_{\text{with } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= .05$). Glucosa and anxiety were not correlation ($r=0.97_{\text{with } 21 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.668$). Next the framework the correlation is moderate ($r=0.458_{\text{with } 20 \text{ gl.}}$ $P \alpha= 0.032$).

Basic activities in self-care are: correct management of medicines, diet control, an exercise routine and additionally it is recommendable the relaxation practice (in this study, the breathing and progressive muscular relaxation).

Patients most learn to take on an active role in Self-care of diabetes mellitus, consequently it is possible to maintain a good blood glucose control. The relaxation is an important part of Self-care, as well as social support is.

The Self-care activities improve the quality of life in health of diabetic patients. This study extended the perspective in the diabetes mellitus treatment.

Key words: Self-care, stress, therapeutic adherence, diabetes treatment.

CAPITULO I

DIABETES MELLITUS

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico degenerativo debido al déficit en la secreción o utilización de la insulina. Este déficit resulta en alteraciones en el metabolismo intermedio de carbohidratos, lípidos y proteínas y en la elevación de glucosa en sangre. A largo plazo tiene como consecuencias daños vasculares y neurológicos.

La prevalencia de la diabetes se estima en 8 a 10% de la población adulta, predominando en el sexo femenino, su prevalencia aumenta con la edad, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes (Escobedo, Frank y Langer, 1995).

El paciente con diabetes mellitus afronta un padecimiento crónico, cuyo tratamiento requiere de tiempo, dedicación y paciencia, inicialmente el paciente deberá aceptar que este es un trastorno que no tiene curación a corto plazo y que aún cuando no se presente dolor o malestar grave se requiere de vigilancia.

Tratándose de una enfermedad crónica, el paciente necesita amplias herramientas para el mantenimiento adecuado de su salud, inicialmente es indispensable la información práctica y entendible acerca de su padecimiento, posteriormente esta información debe ser ampliada y paso a paso el paciente aprende a controlar los alimentos que ingiere para tener una dieta adecuada, aprende el manejo adecuado de medicamentos y de automonitoreo de glucosa. Adicionalmente, cada paciente debe practicar una rutina de ejercicio físico y también es de gran utilidad que el paciente maneje el control de estrés y problemas a los que se enfrenta cotidianamente. Se requiere también ayudar al paciente a prevenir complicaciones y dar atención en días de enfermedad.

La relación médico-paciente requerida es de cooperación activa ya que la disposición y colaboración del paciente es favorable en todo tratamiento médico, el paciente debe aceptar la importancia de su participación y su responsabilidad en el control médico, cuando el paciente se encuentra con dificultades para asumir este rol, puede significar una barrera de adhesión al tratamiento, en consecuencia es necesario implementar diversas formas de atención que complementen el tratamiento médico, con el fin de dar mayor confianza al paciente, permitirle la expresión de dudas, apoyarlo en la realización de actividades de autocuidado y lograr que cada paciente se sienta capaz de cuidarse a sí mismo, con información previa y con la seguridad de que está realizando actividades correctamente.

El paciente que participa en grupos tiene la oportunidad de compartir su experiencia con otras personas que también han intentado diversas soluciones, de esta forma se aumenta su confianza y representa un estímulo para colaborar en el tratamiento médico, haciéndole ver posibles consecuencias a largo plazo y haciéndolo sensible acerca de la importancia que tiene la vigilancia de su salud, facilitando además la adhesión al tratamiento terapéutico.

Este taller consistió en 10 sesiones de 2 hrs. Semanalmente, en el cual participaron 22 pacientes con diabetes tipo 2, la participación fue voluntaria y sugerida por médicos, enfermeras y trabajadores sociales, este taller permitió al paciente no solo expresar temores sino también le permitió al paciente tener más confianza en el tratamiento, comprender mejor la información recibida y facilitarle la adquisición de conductas de adhesión terapéutica. En este ambiente médico es necesario que el paciente esté convencido y dispuesto a colaborar para hacer uso adecuado de los servicios requeridos,

cuando el paciente se siente insatisfecho con el servicio recibido deja de asistir, esto dificulta dar la continuidad necesaria al tratamiento precisamente para mejorar la adhesión al tratamiento es necesario que el paciente cuente con la información necesaria y adquiera habilidades necesarias para llevar a cabo las tareas requeridas, con el fin de facilitar esta situación se diseñó esta forma de enseñanza. Este taller de autocuidado de la salud para pacientes diabéticos corresponde a una intervención intermedia, una vez que el paciente ha recibido información básica por el médico y es derivado a este taller educativo con el fin de aclarar dudas, dar a comprender mejor su enfermedad, ampliar información y facilitar adquirir destrezas para el manejo adecuado de su salud.

En este taller se incluyó la práctica de la relajación, con el fin de apoyar al paciente en el afrontamiento de su enfermedad, a lo largo de este taller se minimizaron temores, se mejoró la confianza del paciente, se motivó a los pacientes a realizar actividades previa información de salud como vigilancia de peso y dieta, revisión de fondo de ojo, higiene bucal y cuidado de la piel, ejercicio físico, control de estrés y vigilancia médica.

El control de estrés es una conducta de autocuidado, así que al enseñar la relajación se repercutirá positivamente en el mantenimiento de mejores niveles de glucosa y por tanto en un mejor estado de salud; la finalidad indirecta y a largo plazo de este taller es contribuir a la prevención de complicaciones de salud.

El presente trabajo en adhesión terapéutica surgió ante la inquietud de complementar y enriquecer la atención médica proporcionada en el consultorio, como una alternativa para dar continuidad al tratamiento inicial y fue encaminado a estimular la colaboración del paciente para lograr metas visibles como mejorar el control de glucosa y llevar a cabo medidas de autocuidado de la salud, es ejemplo de un programa preventivo ante el riesgo de surgir complicaciones en enfermos con diabetes; es una alternativa para apoyar al tratamiento médico individual y para facilitar al paciente controlar su enfermedad al mejorar su estilo de vida.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico hereditario, que pasa por diferentes etapas evolutivas y esta condicionada por factores ambientales y hereditarios. El principal elemento de su fisiopatología es una alteración en la secreción o utilización de la insulina. Se manifiesta por alteraciones del metabolismo intermedio, principalmente de los carbohidratos y en la síntesis de proteínas, lípidos, ácidos nucleicos así como complejos derivados de estos grupos que pueden conducir a alteraciones neurológicas y vasculares de micro y macroangiopatía entre las que destacan lesiones retinianas, renales y de las coronarias (Zubirán, 1974).

Zarate (1989) define la diabetes Mellitus como un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico que cursa con hiperglucemia, la que a su vez es consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o de un trastorno en el efecto biológico de la misma. El común denominador en este síndrome es la hiperglucemia y el trastorno metabólico.

La diabetes mellitus es un síndrome crónico, Ruiz (1996) considera este trastorno como un problema de salud pública que cada día adquiere mas importancia como causa de morbilidad y mortalidad, lo que tiene repercusiones en el ámbito médico, social, económico y mundial.

Para comprender mejor la etiopatogenia de esta enfermedad se tratará brevemente el metabolismo de los carbohidratos que se realiza mediante el proceso de la digestión. Al ingerirse los alimentos se mezclan con enzimas de la saliva y del estómago y van transformándose en elementos más simples que son absorbidos por la pared de los intestinos y pasan a la circulación sanguínea, pasando por el hígado y a diferentes tejidos donde se utilizan como energía. Mediante la acción de enzimas se producen reacciones químicas que resultan en la conversión de carbohidratos en azúcares simples como glucosa, la ruptura de proteínas en aminoácidos y la conversión de grasas en ácidos grasos y glicerol.

El páncreas es la glándula situada por debajo y detrás del estomago, cuenta con una porción digestiva y otra hormonal, en su función digestiva secreta enzimas que ayudan a digerir alimentos; en su función endocrina secreta insulina, somatostatina, glucagon y polipéptido pancreático.

Los islotes de Lagerhans se conforman por células especializadas que se encuentran en el páncreas y secretan insulina en dos formas:

1. La basal en la que se libera aproximadamente 40 a 60 unidades de insulina en 24 Hrs. Esta secreción evita que disminuya o aumente el nivel de glucosa mas de lo normal.
2. La pulsátil. Es una secreción rápida y de corta duración 5 a 10 veces mayor que la basal, coincide con la ingestión de los alimentos, permite una utilización inmediata de glucosa por células musculares, tejido graso e hígado, evitando hiperglucemia.

Los glúcidos son nutrientes que pertenecen al grupo de los carbohidratos, proporcionan energía al cuerpo y dan la fuerza necesaria para realizar actividades cotidianas.

La glucosa es producto final de la digestión de los glúcidos, atraviesan la pared del intestino delgado a través de los capilares y alcanzan la vena porta que los lleva hasta el hígado. Este órgano los transforma y almacena en forma de *glucógeno*; cuando el organismo necesita energía el glucógeno es convertido nuevamente en glucosa que se libera al torrente sanguíneo. La glucosa es el principal combustible que consumen músculos y otras partes del organismo para obtener energía.

La insulina es una hormona producida en el páncreas. Esta hormona tiene la función de regular el metabolismo de carbohidratos, también participa en la transformación de proteínas y lípidos.

En condiciones esperadas, la insulina facilita la utilización de nutrientes; disminuye el nivel de glucosa sanguínea, influye en la síntesis de proteínas en el músculo, de triglicéridos en el tejido graso y de glucógeno en el hígado; interviene en el almacén de compuestos energéticos (glucógeno y triglicéridos) y permite disponer permanente de energía (ATP); inhibe la degradación de proteínas y grasas e impide una superproducción de glucosa por el hígado.

La insulina es captada en los tejidos hepático, adiposo y muscular; si la insulina existente en el cuerpo *no es asimilable o no es suficiente*, se elevará el nivel de glucosa en la sangre de forma anormal ya que este glúcido no podrá transformarse en energía, así surge un estado de hiperglucemia. En estas condiciones, la sangre puede contener hasta cuatro veces la cantidad de azúcar normal (Pérez, 1995).

Ante la insensibilidad a la insulina el páncreas se obliga a sobreproducir insulina para mantener niveles adecuados de glucosa; con el tiempo al deteriorarse esta producción hay disminución en la asimilación de glucosa; este es indicador de *resistencia a la insulina*. La insensibilidad a la insulina afecta el metabolismo de glucosa y lípidos en los tejidos muscular, hepático y adiposo.

La secreción deficiente de insulina dará lugar a la *intolerancia a la glucosa* (niveles elevados de glucosa) y en consecuencia a diabetes mellitus tipo 2. En la aparición de la diabetes melitus intervienen factores hereditarios y ambientales.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad aparece gradualmente y en ocasiones su curso es asintomático. Alrededor del 30 a 40% de las personas que la padecen no han sido diagnosticadas; una vez diagnosticadas estas personas suelen admitir que sentían la boca más seca, que requerían orinar con mayor frecuencia, que en alguna ocasión su visión fue borrosa y que en el caso de mujeres cursaban con infecciones vaginales recurrentes (Lerman, 1994).

En personas con carga genética existe mayor riesgo, también en quienes tienen problemas endocrinos, de tipo neoplásico o quirúrgico.

Prevalencia en México y a escala mundial

La frecuencia de la diabetes Mellitus a escala mundial se estima en 3 a 6% de la población en general. La prevalencia de diabetes mellitus en México es alta, se calcula que del 8% al 10% de la población adulta la padece, predominando en el sexo femenino. Suele iniciar después de la 4ª década de vida, su prevalencia aumenta con la edad, sobrepeso, dislipidemias y antecedentes familiares de diabetes (Escobedo, Frank y Langer, 1995).

Según datos encontrados mediante la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, se obtuvo como conclusión que la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad y alcanza su máxima frecuencia alrededor de los 55 años (con prevalencia de 33%), confirmando que la diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud en personas de edad adulta. También se obtuvo que la obesidad y el sexo femenino son importantes factores de riesgo para la diabetes en personas genéticamente susceptibles (Fernández, 1993).

González Villalpando realizó un estudio en la ciudad de México, en colaboración con el Hospital ABC y La Universidad de Texas en el cual 639 personas entre 35 y 64 años de edad llevaron a cabo un examen de CTOG (curva de tolerancia oral a la glucosa) para detectar diabetes mellitus. De la población estudiada prevaleció intolerancia a la glucosa en hombres en 12.7% y en mujeres en 12.3%. La prevalencia de diabetes para hombres fue de 10.6% y para las mujeres fue de 14.8%. Del total de personas con diabetes 36% ignoraban el diagnóstico al momento de la prueba. Por grupo de edad prevaleció la edad de 55 a 64 años (30.4%) del total de la población estudiada (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 1995).

En la SSA (1995) se reporta la prevalencia de diabetes en la ciudad de México así como otros factores de riesgo coronario asociados con esta enfermedad. Se contó con una muestra de 805 personas mayores de 20 años de quienes se obtuvieron muestras de sangre, la tasa calculada de prevalencia de diabetes fue de 8.7% en el total de la población estudiada. La tasa cruda de prevalencia de diabetes en el total de mujeres fue de 10.6% y en hombres de 6%. Este grupo reflejó la prevalencia de 32.3% en el rango de 55 a 64 años de edad. Como indicador de sobrepeso y obesidad, se calculó el índice de masa corporal (IMC) que fue significativamente mayor en pacientes con diabetes. La

frecuencia de hipertensión arterial e hipertrigliceridemia fue significativamente más alta en este grupo de personas que en personas sin diabetes.

La diabetes mellitus tipo 2 es una forma frecuente de todos los tipos de diabetes, se ha estimado que en México prevalece en un 8% a 10% de la población en general.

Esta forma de diabetes es una patología de alta frecuencia. La prevalencia en países de Latinoamérica ha aumentado en los últimos años y oscila entre un 4% a 16% de la población, (considerando áreas rurales y urbanas), por lo que las condiciones en la calidad de vida también se consideran como influyentes en esta enfermedad, ya que prevalece más en poblaciones urbanas (Escobedo, et al. 1995).

Respecto a *complicaciones* de salud la hiperglucemia crónica en la diabetes esta asociada a largo plazo con daño y disfunción en varios órganos y en especial ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. Nava (1984) reporta un grupo de pacientes en el IMSS con edades de 56 a 70 años que representa el rango de edad más afectada por este síndrome. De las mismas personas estudiadas se observaron infecciones principalmente de vías respiratorias (34%), de vías urinarias (34%) y nefropatía (4.8%). Dos terceras partes de esta población (66.6%) presentaron sobrepeso predominando grado II. Respecto a daños de retina se encontró daño proliferativo en un 30% y no proliferativo en un 70% de los casos detectados. Estos datos apoyan la necesidad de realizar detecciones tempranas de daños en retina y del cuidado de la salud en general.

Índice de Mortalidad

Se calcula que de 1950 a 1985 la proporción de muerte debida a diabetes ha aumentado de 0.29 a 5.1 % de las causas de fallecimientos. Hacia los años 70's se encuentra dentro de las 10 mayores causas de muerte; hacia 1986 ocupa el quinto lugar y en 1990 ocupó el cuarto lugar (Escobedo, et al. 1995).

De 1970 a 1990 la tasa de mortalidad por diabetes aumentó de 15.2 a 31.7 por 100,000 habitantes, en 1990 representó la cuarta causa de mortalidad general en nuestro país. En 1992 la tasa de mortalidad por diabetes fue de 25 por cada 100,000 defunciones (Fernández, 1993).

Dentro del diagnóstico de la situación de salud en México contemplado en el plan Nacional de salud 1990-1994, en la SSA (1990) se observa un incremento en la proporción de muertes por diabetes Mellitus. En 1986 la cifra fue 19.4 veces mayor que en 1950, teniendo 23,239 defunciones y una tasa de 29.2 por 100,000 habitantes.

Se estudio el índice de mortalidad por diabetes en diferentes áreas geográficas de la República Mexicana y se concluyó que existe alto índice de mortalidad en zonas rurales pero aun más alta en zonas urbanas.

En 1990 la población de Chihuahua mostró 3.5 veces más fallecimientos que en zonas rurales de Oaxaca. Las defunciones por complicaciones agudas fueron sensiblemente mayores en población mayor de 40 años (Escobedo, et al. 1995).

La letalidad es de 9% cuando el motivo de internación son complicaciones renales. La diabetes mellitus se complica cuando se presenta junto con otros padecimientos. Se calcula que la **hipertensión arterial** tuvo lugar en 2.000 de 23.000 fallecimientos por diabetes (SSA, 1995).

Condiciones de Atención Médica

El número de consultas anuales por diabetes en unidades de medicina familiar durante el periodo comprendido entre 1980 y 1989, ha aumentado de 400.000 a 2.000.000 consultas por año.

En especialidades la cantidad de consultas debidas a diabetes aumentó de 52.000 a 280.000 consultas anuales.

La diabetes representa el 4% del total de la demanda de atención en unidades de primer nivel y el 3% en los servicios de atención en especialidades, siendo la primera causa de hospitalización después de los 44 años.

La diabetes es una de las principales causas de hospitalización de pacientes, variando de 1.5 a 5.2% del total de ingresos.

En el IMSS existe un incremento en la demanda de hospitalización por diabetes siendo casi 5 veces mayor que otras enfermedades.

El promedio nacional de estancia hospitalaria por diabetes es de 7.3 días mientras que el promedio de otras enfermedades es de 4.7 días. La principal causa de internación por diabetes es la nefropatía seguida de los trastornos de circulación periférica (SSA, 1995).

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Se presenta un esquema de clasificación que refleja causas de patogenia y sirve de diagnóstico de enfermedad. Esta clasificación es presentada por el comité de expertos sobre diagnóstico y clasificación de diabetes mellitus (Expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 1997).

Clasificación etiológica de la diabetes mellitus

- I. Diabetes tipo 1* (la destrucción de células β suele provocar una deficiencia absoluta de insulina).
 - A. De mediación inmunitaria
 - B. Idiopática.
- II. Diabetes tipo 2* (puede ir de un resistencia a la insulina preponderantemente con deficiencia relativa de insulina hasta un defecto predominante de la secreción con resistencia a la insulina).
- III. Otros tipos específicos
 - A. Defectos genéticos de la función de las células β
 1. Cromosoma 12, HNF-1 α (antes MODY3)
 2. Cromosoma 7, glucocinasa (antes MODY2)
 3. Cromosoma 20, HNF-4 α (antes MODY1)
 4. DNA mitocondrial
 5. Otros
 - B. Defectos genéticos en la acción de la insulina
 1. Resistencia a la insulina tipo A
 2. Leprecaunismo
 3. Síndrome de Rabson-Mendenhall
 4. Diabetes lipoatrófica
 5. Otros
 - C. Enfermedades del páncreas exocrino
 1. Pancreatitis
 2. Traumatismo/pancreatoma
 3. Neoplasia
 4. Fibrosis quística
 5. Hemocromatosis
 6. Pancreatopatía fibrocalcúlosa

7. Otros

D. Endocrinopatías

1. Acromegalia
2. Síndrome de Cushing
3. Glucagonoma
4. Feocromocitoma
5. Hipertiroidismo
6. Somatostatina
7. Aldosteronoma
8. Otros

E. Inducida por fármacos o sustancias químicas

1. Vacor
2. Pentamidina
3. Ácido nicotínico
4. Glucocorticoides
5. Hormona tiroidea
6. Diazoxida
7. Agonistas adrenérgicos β
8. Tiacídicos
9. Dilantín
10. Interferón alfa
11. Otros

F. Infecciones

1. Rubéola congénita
2. Citomegalovirus
3. Otros

G. Formas poco comunes de diabetes inmunitaria

1. Síndrome de "hombre rígido"
2. Anticuerpos Antirreceptor de insulina
3. Otros

H. Otros síndromes genéticos asociados en ocasiones a la diabetes

1. Síndrome de Down
2. Síndrome de Klinefelter
3. Síndrome de Turner
4. Síndrome de Wolfram
5. Ataxia de Friedreich
6. Corea de Huntington
7. Síndrome de Lawrence Moon Beidel
8. Distrofia miotónica
9. Porfiria
10. Síndrome de Prader Willi
11. Otros

IV. Diabetes mellitus gestacional.

* Los pacientes con cualquier forma de diabetes quizá requieran tratamiento con insulina en cierta etapa de su enfermedad. Este uso de insulina no clasifica por sí mismo al paciente.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Algunos síntomas de la diabetes son:

Poliuria. Se caracteriza por mayor cantidad de orina debido a desequilibrio osmolar.

Polidipsia. Exceso de sed debido a deshidratación.

Prurito. Sequedad en la piel por falta de agua.

Pérdida de peso. Debido a que no se utiliza glucosa ingerida en los alimentos y se utiliza energía por degradación de tejido graso.

Polifagia. Es apetito aumentado, ya que existe desequilibrio en la asimilación de glucosa, la persona se siente sin energía y débil por lo que tiene también necesidad de ingerir más alimentos.

Visión borrosa. Por afectación de vasos capilares en cristalino y retina.

Elevaciones del nivel normal de **glucosa** (mayor de **140 mg /dl**).

Cada uno de los siguientes métodos de diagnóstico de diabetes debe confirmarse al día siguiente con cualquiera de estos métodos.

- A. Síntomas de diabetes aunados a una concentración casual de glucosa en plasma de 200mg/dl o mayor. Casual se define como cualquier hora del día sin considerar el tiempo desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable.
- B. Glucosa en plasma en ayuno (FPG) de 126 mg/dl o mayor. Ayuno es la ausencia de ingestión calórica durante ocho horas cuando menos.
- C. Poscarga de glucosa a las 2 horas (2hPG) de 200 mg dl o mayor durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) realizada con carga de glucosa con equivalente a 75 g de glucosa anhidra disueltos en agua.

Hay un grupo intermedio de personas cuyos valores de glucosa no satisfacen los criterios para el diagnóstico de la diabetes.

Glucosa en plasma en ayuno menor a 110mg/dl = glucosa en ayuno normal

Glucosa en plasma en ayuno de 110 ó mayor y menor de 126 mg/dl = *IFG* (etapa metabólica intermedia entre la homeostasis normal de la glucosa y la diabetes)

Glucosa en plasma en ayuno de 126mg/dl o mayor = diagnóstico provisional de diabetes (el diagnóstico debe confirmarse).

Ante la prueba oral de tolerancia a la glucosa:

Poscarga de glucosa a las dos horas menor a 140 mg/dl = tolerancia a la glucosa normal.

Poscarga de glucosa a las dos horas de 140 o mayor y menor de 200 mg/dl = IGT (deterioro de tolerancia a la glucosa).

Poscarga de glucosa a las dos horas de 200mg/dl o mayor = diagnóstico provisional de diabetes que debe confirmarse.

El límite de 140mg/dl en la prueba de tolerancia oral a la glucosa identifica a más personas con deterioro de la homeostasis de la glucosa que el límite en ayuno de 110 mg/dl.

En la realización de un examen de curva de tolerancia a la glucosa, debe tenerse bien claro que situaciones de estrés, traumas, sedentarismo, diuréticos, productos hormonales, sustancias psicoactivas, antiinflamatorios o analgésicos pueden alterar los resultados de la prueba. por lo que se hace necesario tener precauciones para evitar alteraciones en los resultados.

ETIOPATOGENIA

En la etiología de la diabetes se reconocen diversas condiciones. su etiología es multidimensional:

Autoinmunidad. La presencia de anticuerpos lleva implícita la destrucción pancreática, cuya causa puede ser primaria por enfermedad autoinmunitaria o secundaria a otro origen, por ejemplo viral.

Causas genéticas. Se considera que la predisposición a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 tiene un modo de transmisión en su mayoría genética en la mayor parte de los casos de tipo autosómica dominante pero se aumenta el riesgo con la existencia de factores ambientales como sobrealimentación, infecciones y en general estrés. Este defecto hereditario se encuentra quizá en alguna etapa de la síntesis, almacenamiento o liberación de la insulina.

La participación viral. Se ha logrado aislar el virus de la célula pancreática y se ha reproducido la infección de las células insulares. Los virus sospechosos son virus de la encefalomiocarditis variedad M, virus de la encefalitis venezolana, rubéola, parotiditis, hepatitis viral y mononucleosis infecciosa.

Causas metabólicas. Se reconocen dos situaciones; el *hipoinsulinismo* inicial, en el cual la hiperglucemia indica ya lesión pancreática con hipersecreción de la insulina.

La segunda es *hiperinsulinismo* inicial como falla del receptor tisular para la acción de la insulina, lo cual puede suceder por disminución del número de receptores o por la presencia de anticuerpos contra el receptor.

La deficiencia de insulina impide la incorporación de glucosa en músculo y tejido graso; cuando disminuye su captación, ésta se acumula en la sangre resultando en hiperglucemia; resulta también en el aumento de la producción hepática de glucosa.

Esta dificultad en la transformación de la glucosa en energía impide un metabolismo normal, así, ante la ingestión de alimentos la glucemia es más elevada y retorna a niveles basales muy lentamente. La falta de insulina dificulta la síntesis de azúcares, proteínas, carbohidratos y lípidos y favorece la degradación del tejido graso y muscular.

La *resistencia a la insulina* es la disminución en la función de la insulina, la insulina existente no es asimilada para captar glucosa y para regular la producción hepática de glucosa; este defecto puede ser heredado o condicionado por factores ambientales. La obesidad es un factor que reduce el número y la afinidad de los receptores de insulina, esta resistencia a la insulina se compensa con sobreproducción de insulina que mantiene la glucemia normal, hasta que disminuye la capacidad del páncreas para secretar insulina.

El hígado, los músculos y los adipositos son órganos receptores para la acción de la insulina. La secreción de insulina pancreática aumenta con el fin de compensar la falta de respuesta del órgano receptor. La *hiperinsulinemia* ayuda a mantener un estado normal de glucosa por algún tiempo, hasta que disminuye esta secreción y se eleva el nivel de glucosa. Cuando hay estados de hiperglucemia se sufren trastornos como

estados de coma, mareos, o desmayos.

Como sea la falla primaria sea en la secreción, utilización o ambas; si la glucosa sanguínea alcanza niveles de 170-180 mg/dl se elimina por la orina con cantidades excesivas de agua dando lugar a la poliuria es decir a la pérdida de agua, acompañándose de la pérdida de electrolitos (sodio, potasio), que pueden llevar a deshidratación. Al perder agua se pierde peso. Estos estados de deshidratación estimulan al centro de sed en el tálamo originando la polidipsia (exceso de sed). Estos son ya síntomas de esta enfermedad. Por otra parte, la falta de energía en las células estimula el apetito dando lugar a la polifagia, que es otro síntoma de la diabetes.

La falta de insulina tiene como consecuencias la dificultad de llevar a término la utilización de los alimentos como nutrientes ya que la glucosa es el elemento que da la energía necesaria en la síntesis de glucosa, proteínas y triglicéridos, al no contar el cuerpo con la energía que requiere utiliza de nutrientes almacenados en los tejidos.

Ante la falta de insulina se dificulta la síntesis y al contrario se favorece la degradación del tejido graso y muscular que conduce a cetosis. En condiciones de franca deficiencia de insulina la grasa del cuerpo se degrada desequilibradamente, durante esta lipólisis los ácidos grasos que resultan de la digestión de grasas no pueden ser utilizadas por músculos, pasan a la sangre y dan lugar a la formación de cuerpos cetónicos y posteriormente cetoacidosis.

COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus afecta a todos los órganos del cuerpo. Las lesiones renales son complicaciones crónicas frecuentes. La edad, la hipertensión, el tabaquismo, hiperlipoproteíemia, la duración y gravedad de esta enfermedad son factores que elevan la frecuencia de enfermedades coronarias en pacientes con diabetes. La arteriosclerosis de las arterias femoral, poplítea y de grandes arterias de la pantorrilla llevan a obstrucción del aporte sanguíneo, la insuficiencia circulatoria en extremidades inferiores puede causar gangrena. En cuanto a consecuencias renales, la proteinuria lleva a insuficiencia renal grave la cual es causa de muerte, otra consecuencia renal en la diabetes mellitus es la nefropatía (Ramos, 1980).

Las *condiciones de descontrol metabólico* son un antecedente y factor que precipita tales complicaciones:

Dan y Kurt (1995) realizaron un estudio detectando 411 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un lapso de 15 años, quienes tuvieron un seguimiento de 1974 a 1989. Se obtuvo el registro de variaciones y porcentajes anuales de niveles de glucosa manifestados en los pacientes, datos clínicos de valores de glucosa, índice de masa corporal, tipo de tratamiento, enfermedades concomitantes a largo plazo así como datos de mortalidad. Ciento sesenta y un pacientes fallecieron durante un lapso en promedio de 7.4 años.

Entre las características que se encontraron en relación con la mortalidad fueron la edad, enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y de riñón. Se corroboró que el control metabólico parece afectar la calidad de salud y mortalidad ya que un buen control de glucosa puede prevenir enfermedades cardiovasculares. Se concluyó que los pacientes con un buen control de glucosa tienen mejores posibilidades de una vida duradera en comparación con los pacientes con altos niveles de glucosa y con variaciones constantes en el nivel de glucosa (Dan y Kurt, 1995).

Ruiz (1996) reitera que el tiempo de evolución de este padecimiento aumenta las posibilidades de complicaciones así es común observar en algún momento posterior al diagnóstico que se manifiesten infecciones debido a las alteraciones del metabolismo, cuyas probabilidades aumentan al pasar más tiempo del diagnóstico.

COMPLICACIONES AGUDAS

Infecciones. Entre las complicaciones agudas más frecuentes en pacientes con diabetes se encuentran las infecciones por microorganismos patógenos; la neumonía bacteriana, las infecciones del sistema urinario e infecciones micóticas.

Cetoacidosis. Es una complicación aguda, secundaria a la deficiencia de insulina. El aumento de la gluconeogénesis y la disminución de la captación de glucosa por los tejidos ocasiona hiperglucemia y glucosuria, poliuria y deshidratación. El aumento de la lipólisis ocasiona elevación de los ácidos grasos circulantes que son convertidos en cuerpos cetónicos por el hígado y resulta en cetoacidosis. La pérdida de peso, debilidad y el cansancio se deben al aumento del catabolismo proteico y a la pérdida muscular. La deshidratación y la acidosis son dos grandes problemas en la cetoacidosis.

La causa más común de cetoacidosis es la supresión de insulina. Otros factores de causalidad son cirugías, infección, terapéutica con corticoesteroides, y diálisis peritoneal.

Síndrome hiperosmolar no cetósico. La hiperglucemia puede cursar sin cetosis. las cargas de carbohidratos, infecciones, administración de glucocorticoides, diuréticos y el estrés en exceso pueden precipitar síntomas.

Coma hiperosmolar. Prevalece en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, se presenta con deshidratación, cetonuria y sodio elevados, la glucemia es mayor a 500 mg/dl.

Coma cetoacidótico. Sus causas son transgresiones alimenticias, enfermedades e infecciones, es debido a la deficiencia absoluta de insulina, exceso de glucagon. degradación tisular de grasas, liberación anormal de ácidos grasos y acidosis, cuando aparece se exacerbaban los síntomas clásicos, hay náuseas, vómitos, dolor abdominal y respiración acidótica. La glucemia asciende a 400 a 800 mg/dl.

Hipoglucemia. Su fisiopatología se debe al exceso de insulina endógena o exógena y a la falta de aporte calórico. Tiene manifestaciones severas de daño cerebral como descortización. La glucemia llega a menos de 50 mg/dl, glucosuria y cetonuria negativas, pH y electrolitos normales.

Acidosis láctica. Este padecimiento es grave, prevalece en edad avanzada. La acidosis láctica se asocia con intoxicación por alcohol, uremia, infecciones, esclerosis y neumonía; su fisiopatología es debida a la deficiencia de insulina e hipoxia tisular con aumento de glucólisis y mayor acumulación de ácido láctico.

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Entre las complicaciones crónicas vasculares en el paciente con diabetes tipo 2 se encuentran las angiopatías. Este conjunto de lesiones se clasifican en microangiopatías y macroangiopatías cuando se dañan capilares, arteriolas y vénulas, dependiendo del diámetro que abarquen (menor o mayor a 150 micras).

Microangiopatías. En su mayoría se manifiestan en riñón, fondo de ojo y sistema nervioso. El vaso dañado es arteriolocapilar. Los daños corresponden a engrosamiento de la membrana basal del endotelio con proliferación. Ejemplos de microangiopatías son lesiones como la nefropatía diabética (en riñones), retinopatía (retina) y sistema nervioso (neuropatía).

Macroangiopatías. La microangiopatía conduce a lesiones mayores por ejemplo insuficiencia coronaria e infarto del miocardio. Lleva a insuficiencia coronaria, infarto del miocardio e insuficiencia circulatoria en extremidades inferiores, esta última con consecuencias como gangrena de falanges, pies o piernas.

Cataratas. El metabolismo de la glucosa por el cristalino no requiere de insulina. Las células epiteliales del cristalino contienen la enzima aldosa reductasa la cual convierte la glucosa a sorbitol. En pacientes con diabetes tipo 2 el sorbitol es retenido dentro de las células debido a su dificultad para atravesar la membrana plasmática, la osmolaridad intracelular ocasiona mayor captación de agua e hinchazón del cristalino y es crítico en la formación de cataratas. Esta complicación se relaciona con hiperglucemia no controlada.

Retinopatía. Corresponde a problemas de micro y macroangiopatía, puede ser proliferativa o no proliferativa. Un alto porcentaje de pacientes con diabetes de larga duración tiene retinopatía, la cual se desarrolla en tres etapas: retinopatía secundaria leve, maculopatía y retinopatía proliferativa.

En la retinopatía secundaria hay un cambio más temprano y consiste en microaneurismas, hemorragias y exudados duros. La maculopatía se caracteriza por edema macular. Las hemorragias ocasionan pérdida de la visión central, lo característico de esta complicación es la neovascularización es decir el desarrollo de nuevos vasos en zonas de hipoperfusión. La adherencia de los vasos al vítreo hace que este se contraiga con desprendimiento de la retina, con compresión de vasos y hemorragias del vítreo, las cuales son causa inmediata de ceguera.

Nefropatía. El problema renal es mixto afectándose pequeños y grandes vasos en el riñón, suele asociarse a infecciones. Entre las causas de la nefropatía se encuentra la hiperglucemia, glucosilación de proteínas e hipertensión arterial.

Complicaciones Cardiovasculares. Son comunes los daños del sistema cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus. El pronóstico empeora si hay complicaciones de cetoacidosis o infección.

Aterosclerosis. El tipo de lesión es el engrosamiento de membranas por depósito de lípidos (colesterol y triglicérido) en las arterias como femoral y de las grandes arterias de la pantorrilla que puede conducir a tener extremidades frías, entumecimiento,

hormigueo y claudicación intermitente.

Gangrena. Es una enfermedad vascular periférica, que puede afectar falanges, piernas o pies. Es mas frecuente en pacientes con diabetes con afección de las arterias de pequeño calibre.

Neuropatía. Se refiere a trastornos nerviosos, motores, y del sistema nervioso autónomo. En su etiopatogenia destacan trastornos metabólicos, de microcirculación que dan lugar a atrofia, y pérdida de fibras nerviosas (axones), desmielinización, reducción de la capacidad de regeneración y anormalidades bioquímicas en células del tejido nervioso. En su etiología participa la microangiopatía. Cuando los niveles de glucosa son elevados aumenta su concentración intracelular, su acumulación origina edema celular (hinchazón). Y se dificulta la conducción en nervios periféricos.

Entre las complicaciones neurológicas la más común es la neuropatía. Los cambios sensoriales son más prominentes. lo primero que desaparece es la propiocepción, seguida de una respuesta disminuida al tacto y al dolor: por lo general hay retraso en la conducción nerviosa e hiporreflexia. Debido a la disminución de la sensibilidad el paciente es más propenso a lesiones y úlceras, que deben ser vigiladas para que no generen mayores complicaciones (ver Zarate. 1989)

FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se estima que este síndrome aumenta con **hábitos alimenticios** que incluyen en desproporción alimentos altos en grasa y bajos en fibra, **sedentarismo**, **dislipidemias**, **antecedentes familiares de diabetes**, **sexo femenino** y **edad posterior a los 40**. Después de los 40 o 50 años aumenta su incidencia ya que hay un descenso de la síntesis proteica y también de secreción de insulina. por lo regular en estas edades disminuyen procesos energéticos y la utilización de la glucosa en los tejidos (Aguilar, 1990; Islas y Lifshitz, 1995; Lerman, 1994; Matarazzo y Weiss, 1985).

Hábitos alimenticios. La dieta que incluye alimentos altos en grasa y bajos en fibra es factor de riesgo en dislipidemias y diabetes.

Edad. En la diabetes Mellitus la edad es un factor predisponente. En una vida sedentaria el proceso del metabolismo, transformación de energía, la utilización de la glucosa en los tejidos, la síntesis proteica y también la secreción de insulina se ve disminuida, estos trastornos se observan en edades posteriores de los 40 a 50 años. (Islas y Lifshitz, 1995; Matarazzo y Weiss, 1985).

Herencia. La susceptibilidad a desarrollar Diabetes tiene un componente hereditario. Esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en familiares de un individuo afectado que en la población en general. La frecuencia de concordancia de diabetes en gemelos monocigóticos es cuando menos de 70% (Lerman, 1994), de manera similar cuando ambos padres presentan diabetes tipo 2 y en menor proporción cuando se tienen otros familiares como tíos o abuelos con diabetes.

La alteración genética manifestada se caracteriza por defectos en la acción de la insulina tanto a nivel del receptor de la hormona como en su utilización.

El riesgo de desarrollar diabetes se relaciona con ciertos genes en el cromosoma 6, que se expresan en las membranas de las células beta del páncreas este riesgo se ha observado en gemelos monocigóticos de padres con diabetes tipo 2, quienes son propensos a desarrollar esta enfermedad con mayor probabilidad.

Se considera que en la diabetes mellitus no insulino-dependiente tiene un modo de transmisión en su mayoría genética de tipo autosómica dominante. Este defecto hereditario interfiere en alguna etapa de la síntesis, el almacenamiento o la liberación de la insulina.

Obesidad. Es la alteración de la estructura corporal que se caracteriza por un exceso absoluto y relativo de grasa almacenada en el tejido adiposo que se distribuye corporalmente. La obesidad se relaciona con hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades coronarias.

El peso corporal es una medida antropométrica que depende de la talla, sexo, estructura ósea y masa muscular. El aumento de peso se encuentra bajo la influencia de funciones metabólicas, cerebrales, del tracto gastrointestinal y del sistema endocrino, se

ha hipotetizado que la talla y el número de células de grasa influyen en la regulación del peso.

La diabetes es 1.5 veces mayor en personas que tienen exceso de peso del 10%, 3.2 veces mayor en quienes presentan obesidad de 20%, 8.3 veces mayor cuando el exceso de peso es superior al 25%; del 80 al 85% de pacientes con diabetes mellitus son obesos en el momento del diagnóstico. Sólo una minoría se encuentra con su peso ideal (SSA, 1995).

De acuerdo con observaciones de pacientes Aguilar (1990) calcula que el 80% al 90% de los pacientes cursan con sobrepeso u obesidad de los cuales la mayoría podría tratarse únicamente con dieta.

Este problema se presenta como un problema de salud con consecuencias como alteraciones metabólicas como la diabetes, endocrinas, disnea, (dificultad para respirar), astenia (sin ganas), alteraciones hormonales y enfermedades cardiovasculares. La obesidad involucra una compleja interacción entre factores psicológicos, socioculturales, y de comportamiento.

Entre las causas de obesidad se han señalado aspectos genéticos. Otros factores que influyen son la edad, género, consumo de grasas, actividad física, trastornos endocrinos, deficiencias de la hormona de crecimiento o síndromes poliquísticos. Algunos factores psicológicos pueden influir son los trastornos de ansiedad, de manía y obsesivo-compulsivo (Islas y Lifshitz, 1995).

La obesidad puede ser resultado de un trastorno de alimentación en el que intervienen diversos factores. La regulación del apetito involucra todo un sistema homeostático que incluye nutrientes en la sangre como glucosa, ácidos grasos y aminoácidos, hormonas que regulan la actividad metabólica así como neurotransmisores y neuropéptidos.

La obesidad se debe también a la ingesta de una cantidad mayor de calorías que las gastadas por el individuo; el exceso de grasa suele producir hiperinsulinismo y disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina.

En pacientes que tienen exceso de tejido adiposo se dificulta la captación de glucosa. Al dificultarse la captación de la glucosa surge la hiperglucemia.

Este padecimiento se relaciona con alteraciones en el nivel de glucosa ya que se requiere de mayor demanda de insulina para transformar los alimentos; por otra parte los tejidos con exceso de grasa hacen más difícil el proceso del metabolismo.

En relación con la diabetes y la hipertensión arterial conforman un síndrome plurimetabólico, este *síndrome X* aumenta complicaciones en la salud.

Lerman (1994) hace referencia al índice de masa corporal (IMC) como una medida indirecta y clasifica un IMC mayor de 30 el cual denota obesidad significativa. Este índice se obtiene mediante la fórmula $\text{Kg. Peso} / \text{estatura m}^2$ y mediante rangos se determina peso normal, sobrepeso y obesidad.

Falta de actividad física. Cuando una persona es sedentaria no requiere energía en consecuencia el cuerpo no exige la utilización de glucosa e insulina, estará acumulando calorías en forma de tejido adiposo.

La falta de ejercicio resulta en mayores probabilidades de complicaciones ya que predispone a la obesidad y dificulta la captación de glucosa en los músculos (Goreczny, 1995; Lerman, 1994; Kunio y Takashi, 1995).

Nutrición no balanceada. Cuando una persona ingiere cantidades excesivas de azúcar, carbohidratos y grasas, se encuentra en mayor predisposición para esta enfermedad. El consumo excesivo de azúcares puede ocasionar daños vasculares y descontrol en la diabetes. Aguilar (1990) enfatiza que si un paciente no sigue indicaciones dietéticas aún contando con la atención médica y nutricional es probable que presente descontrol en niveles de glucosa.

Estrés. Durante las respuestas ante estrés existe hipersecreción de glucocorticoides, los cuales inhiben la secreción de la insulina y llevan a estados de hiperglucemia.

Durante la fase de adaptación o resistencia al estrés, se liberan glucocorticoides en la glándula suprarrenal ocasionando gluconeogénesis y aumento en el nivel de azúcar en la sangre, también se estimulan hormonas vasopresoras que antagonizan con la secreción de insulina y obligan al músculo a usar grasas como fuente de energía (Goreczny, 1995).

Se ha sugerido que algunas **situaciones de estrés** también pueden influir en la hipersecreción de glucocorticoides sin embargo son necesarios varios días de exposición a estrés para agotar reservas de insulina.

Algunas investigaciones con animales examinan el efecto de estresores agudos como intervenciones quirúrgicas, infusiones químicas y otros simuladores de estrés para averiguar su efecto sobre el desarrollo de enfermedades. En dichas investigaciones se concluye que situaciones de estrés pueden elevar el nivel de glucosa y afectar estados de síndromes físicos como la diabetes (Bowden y Burstein, 1990; Goreczny, 1995).

Embarazo. Durante el periodo de embarazo aumenta la resistencia periférica a la insulina, por la acción antagonista de la somatotrofina cariónica, así como el aumento de la destrucción de la insulina por la acción de la insulinasa producida por la placenta. La predisposición genética aumenta la posibilidad de padecer esta enfermedad; es considerado un factor de riesgo cuando existe sobrepeso, ya que durante este periodo aumenta la resistencia periférica a la insulina (Pérez, 1995).

CONDUCTAS DE AUTOCIUDADO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Adherencia al tratamiento médico. La diabetes mellitus tiene gran impacto sobre la calidad de vida debido a sus complicaciones a largo plazo, por lo que es imprescindible la adhesión al tratamiento médico; el papel del paciente debe ser de colaboración y la vigilancia en la realización de medidas terapéuticas indicadas.

De acuerdo con Nava (1984) y Pérez (1995) entre las tareas contempladas en el aspecto médico se encuentran: la atención a factores como obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y tabaquismo; el tratamiento oportuno a infecciones, enseñando medidas higiénicas; la revisión de fondo de ojo, la solicitud de interconsultas y la educación al paciente. En esta atención médica el paciente tiene la obligación de participar activamente en el logro de metas en el tratamiento. Para que tal logro sea posible debe existir en el paciente un compromiso y la motivación necesaria para realizar actividades con información previa y de la forma señalada.

Información. El paciente informado que lleva a cabo indicaciones médicas se encuentra mejor preparado adoptar un plan terapéutico y prevenir complicaciones.

Entre las destrezas aprendidas, el automonitoreo de nivel de glucosa en sangre y examen clínico de cetonas en orina es de apoyo al tratamiento médico; aún cuando estos estudios se realizan en unidades médicas, algunos pacientes aprenden a identificar cifras elevadas.

Aprender sobre la naturaleza y tratamiento de la diabetes, alimentación, ejercicio, medicamentos, higiene en general, cuidado de los pies, complicaciones de diabetes y su prevención son un factor protector muy importante.

Uso adecuado de medicamentos y equipo. Se recomienda medir la glucemia capilar por el método visual o con glucómetro antes del desayuno una o dos veces por semana. Las cifras obtenidas sirven de guía para determinar dosis del medicamento adecuado. El umbral renal para la glucosa suele encontrarse alrededor de los 160 mg/dl.

Todo paciente tiene una prescripción médica individualizada. Idealmente se verifica trimestralmente la hemoglobina glucosilada, ya que esta se encuentra elevada en forma proporcional al promedio de índices de glucosa, la mayoría de veces se sustituye esta prueba con los exámenes de glucosa en sangre, que se determina aproximadamente cada mes. Los niveles de colesterol y triglicérido se determinan cada 3 a 6 meses cuando son anormales y de lo contrario cada uno o dos años. El examen de glucosa en orina refleja la cantidad de glucosa que se pierde por el riñón en un lapso de 24 hrs, sin embargo si se realiza examen de glucosa capilar regularmente no es necesario este examen. La determinación de cuerpos cetónicos en la orina es necesaria para la prevención de cetoacidosis y coma con diabetes tipo 2, se realiza bajo juicio médico, en ocasiones el examen de cetonuria se realiza solo en caso de enfermedad (Lerman, 1994).

Dieta personalizada. El objetivo es mantener el peso ideal del paciente, proporcionando el aporte calórico adecuado de acuerdo con características individuales

como edad, diferencia entre peso actual y peso ideal, actividad física y condiciones de salud.

En los últimos años se ha utilizado el índice glucémico de los alimentos para calcular la respuesta glucémica esperada 2 horas después de la ingestión de carbohidratos dependiendo si se toma combinado con otros alimentos y forma de preparación. Esta medida ha servido de base para proporcionar al paciente con diabetes opciones para variar su dieta.

Aproximadamente del 80 a 90% de los pacientes cursan con sobrepeso u obesidad, en este caso se recomienda un tipo de dieta hipocalórica de 1200 Kcal. para mujeres y 1500 Kcal. para hombres con sobrepeso, distribuidas en los tres alimentos del día con el objetivo de mejorar las condiciones de resistencia a la insulina, disminuir gluconeogénesis y mejorar la secreción de insulina. El nutricionista planea la dieta mas adecuada ya que se toma en cuenta peso ideal, peso actual, condiciones de desarrollo, embarazo o lactancia, así como condiciones de salud como desnutrición, nefropatía o hipertensión arterial (Lerman, 1994).

Ejercicio físico. El ejercicio regular diario ayuda a disminuir la producción hepática de glucosa y aumenta su captación y utilización por el tejido muscular lo que significa mejoría en la sensibilidad de la insulina. Después de realizar ejercicio disminuye el requerimiento de insulina y se facilita la utilización de glucosa en músculos.

Si el ejercicio se realiza como parte de un programa de entrenamiento, resulta en el aumento de la producción hepática de glucosa y de la lipólisis, manteniendo la utilización de glucosa en músculo. Este proceso previene el desarrollo de cetosis. A pesar de mayor gasto de glucosa en músculo, se mantiene una concentración normal o de glucosa. La mejoría de la sensibilidad a la insulina hace que se logre un mejor control glucémico y metabólico a largo plazo.

Caminar puede incorporarse a la vida diaria como parte del tratamiento en la diabetes de tipo 2 no solo para la reducción de peso sino también para mejorar la sensibilidad de la insulina. (Kunio y Takashi, 1995). Es recomendable en general ya que tiene efectos benéficos en la función cardiovascular, tensión arterial, concentración de lípidos y su realización correcta resulta en mayor sensación de bienestar (Islas, y Lifshitz, 1995).

El ejercicio intenso mejora la tensión arterial, favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardiaco, mejora la capacidad de trabajo, disminuye ansiedad y da mayor sensación de bienestar.

Dos fuentes de energía que los músculos utilizan para lograr el movimiento son la glucosa y los ácidos grasos libres. Al iniciar el ejercicio físico la glucosa se obtiene del plasma en pequeña cantidad y de los depósitos de glucógeno del músculo por un proceso llamado glucogenólisis, si el ejercicio dura más de 15 minutos, la glucosa proviene del hígado mediante gluconeogénesis y gluconeogénesis. Después de 30 minutos de ejercicio el tejido muscular empieza a utilizar como energéticos en mayor proporción ácidos grasos libres.

En pacientes que no practican ejercicio puede presentarse hipoglucemia después

de terminar una sesión de ejercicio o puede presentarse horas después de realizarlo; por lo que es de utilidad medir la glucosa capilar antes y después del ejercicio sobre todo en sesiones iniciales para conocer la respuesta individual. Si existe control de glucosa en el paciente mejorará la resistencia a la insulina y los músculos utilizarán en forma más adecuada la glucosa para la generación de energía, con la mejoría del control metabólico.

Manejo adecuado del estrés. El entrenamiento en relajación puede ser útil para prevenir episodios de hiperglucemia al reducir la actividad del sistema nervioso simpático y como parte terapéutica de intervención ya que es una alternativa para facilitar el afrontamiento. El manejo de estrés, permite al paciente mayor tranquilidad para vigilar índices de glucosa en sangre, le prepara para tener una mejor calidad de vida, así también previene posibles elevaciones de glucosa como consecuencia de episodios de estrés.

En un estudio realizado con pacientes con diabetes en donde se asignaron aleatoriamente dos grupos, cada uno de 16 pacientes con enfermedad vascular periférica, con promedio de edad de 61 años, los cuales presentaron úlceras en los pies se obtuvieron resultados benéficos como resultado del entrenamiento en relajación. Ambos grupos recibieron tratamiento médico, el grupo experimental, además recibió entrenamiento en biorretroalimentación y técnicas de relajación, se valoró la recuperación de úlceras en ambos grupos, encontrándose evolución más rápida y favorable en el grupo que recibió tratamiento adicional de relajación y biorretroalimentación. La relajación es útil en el tratamiento terapéutico para reducir la glucosa sanguínea y los días necesarios de hospitalización (Birgitta, Rusell, Alan y Madison; 1992).

Actividades de higiene. Debido a que el seguimiento de una rutina cotidiana de higiene favorece un buen estado de salud es necesario llevar a cabo tales medidas para evitar infecciones micóticas, bucales, vaginales o ulceraciones (Aguilar, 1990).

El paciente en atención médica primaria tiene la oportunidad de recibir información de tipo educativa, es necesario que el paciente conozca manifestaciones como uñas infectadas, infecciones en las encías, en vías urinarias y en genitales. Además de contar con esta información también deberá aprender a tomar las medidas necesarias para prevenirlas. La higiene diaria es básica para toda persona.

Vigilancia durante el embarazo. La prueba de Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTGO) se aplica en caso de sospecha de diabetes gestacional en situaciones de riesgo como edad avanzada, multiparidad, sobrepeso, antecedentes familiares de diabetes y antecedentes de productos macrosómicos.

Esta prueba se practica generalmente entre las 24 a 28 semanas de gestación o antes, consiste en administrar una dosis de glucosa oral en 200 ml de agua y realizar una prueba de glucemia 60 minutos después de ingerirla, se espera menor de 140 mg/dl, pero si resultara mayor de esta cifra se realizara una prueba de CTGO. Para lograr el control metabólico durante la gestación se cuenta con dieta, insulina y ejercicio moderado, el uso de hipoglucemiantes esta contraindicado durante el embarazo y la lactancia (Lerman, 1994; Pérez, 1995).

Detección y tratamiento temprano de retinopatía. Los síntomas visuales se hacen patentes hasta que ocurre un grado avanzado de daño en la retina por eso es

imperativo realizar en forma preventiva la vigilancia anual de la función visual, el paciente debe ser informado de la posibilidad de daño visual y saber que la hipertensión arterial y otros trastornos como el glaucoma, pueden empeorar la retinopatía. Los cambios clínicos más frecuentes se relacionan con cambios en la refracción del ojo por hiperglucemia, por lo que son transitorios. La vigilancia de glaucoma requiere de la atención del oftalmólogo. La frecuencia de catarata no es mayor en pacientes con diabetes tipo 2, sin embargo parece ser que la diabetes acelera la formación de catarata que puede presentarse a edades más tempranas. El tratamiento de la retinopatía diabética no proliferativa consiste en el control metabólico, dieta baja en grasa, rayo láser focal (edema macular y exudado); en condiciones más avanzadas se requiere de control metabólico, fotocoagulación o vitrectomía.

Prevención de daño renal. Los procedimientos para retardar el inicio y aceleración de daño renal consiste en la detección y tratamiento oportuno de hipertensión arterial e infecciones urinarias. En la vigilancia de la nefropatía se efectúa examen general de orina vigilancia de creatinina y su depuración cuando menos una vez al año. Si existe proteinuria persistente de 3 a 5 g/día y creatinina en sangre mayor de 3mg/dl deben tomarse medidas para la prevención de insuficiencia renal.

Cuidados especiales. La neuropatía es una causa de incapacidad su gravedad no siempre se relaciona con control metabólico. La articulación de Charcot es una neuroartropatía caracterizada por destrucción progresiva de una o más articulaciones debido a la pérdida de reflejos nociceptivos afecta con mayor frecuencia los pies, dañando la articulación del tarso, metatarso y falanges.

Los cuidados especiales incluyen lavarse pies diariamente con jabón suave y agua tibia y secarlos. Si hay resequedad aplicar aceite vegetal, frotando suavemente dedos hacia arriba, no frotar piernas en caso de várices. el corte de uñas es recto y las uñas deben limarse levemente hacia a las orillas, los zapatos deben ser suaves y se usan calcetas que mantengan el calor. Las normas para mejorar alteraciones de la circulación son no fumar, no usar calcetines ni zapatos estrechos, no aplicar agua caliente, no aplicar o tomar medicamentos no prescritos y no sentarse con piernas cruzadas.

La formación de lesiones hiperqueratósicas (callos) se previenen haciendo presión manual sobre os pies varias veces al día, usando zapatos adecuados, ejercicio moderado y caminando sobre piso uniforme.

Control metabólico. Para prevenir complicaciones se requiere normalizar niveles de glucemia en ayuno y posprandial, otros índices bioquímicos que deben controlarse son colesterol, triglicéridos y lipoproteínas. En pacientes con diabetes tipo 2 se consideran los siguientes valores en índices bioquímicos como aceptables: Glucemia en ayuno 140 mg/dl; glucemia posprandial 175 mg/dl; Hemoglobina glucosilada 6%; Colesterol en ayuno 225mg/dl; triglicéridos en ayuno 175 mg/dl. Algunas medidas para anticiparse a complicaciones son normalizar la presión sanguínea, suspender hábito de fumar, y alcanzar el peso corporal ideal.

CAPITULO II

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA DIABETES MELLITUS

INVESTIGACIONES

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LA DIABETES MELLITUS A CORTO PLAZO

Al inicio de esta enfermedad algunas personas tienden a responder con desconcierto, sobre todo *negando* estar enfermas, rechazando la atención médica o buscando una solución rápida a su problema. El modo en que un paciente afronte el cuidado de su enfermedad en términos de habilidad para modificar conductas y solucionar problemas en el cuidado de su salud son indicadores de adhesión al tratamiento.

El paciente se involucra activamente en su tratamiento médico para lograr beneficios en su salud, la facilidad para afrontar el cuidado en una enfermedad influye en la percepción de costo del tratamiento y en la eficacia del paciente para enfrentar enfermedad (Masur y Anderson, 1984).

En la diabetes mellitus de tipo 2 existen casos en que se niega la gravedad de la enfermedad, es cuando existe riesgo de dejar a un lado las indicaciones médicas. Otra situación es cuando el paciente se encuentra con dificultades para lograr niveles deseables en el control de glucosa y cuando aparecen súbitamente consecuencias de hiperglucemia. En ocasiones el paciente acepta el seguimiento de las indicaciones médicas, sin embargo a medida que avanza el tiempo se va encontrando con dificultades.

La reacción inmediata al diagnóstico de diabetes depende de la información que se tenga sobre esta enfermedad, de los hábitos de salud en la alimentación, deporte y control de estrés. Los hábitos higiénicos adquiridos determinan en gran parte la prevención de complicaciones. Lerman (1994) recomienda que en principio se proporcione atención de supervivencia, la cual consiste en educar al paciente como a la familia proporcionando apoyo para facilitar la aceptación de un tratamiento continuo.

La personalidad puede repercutir en la calidad de vida de cada paciente y de como controle su nivel de glucosa. En el caso de la diabetes tipo 1 (que se presenta a edades más tempranas) llega a ser un elemento que dificulta el bienestar psicológico y social que puede verse afectado por medidas cotidianas relacionadas con el control del padecimiento, superándose mediante el éxito para mantener niveles de glucosa aceptables.

La atención temprana profesional dará mayor seguridad al paciente, proporcionándole además tranquilidad y motivación para cuidar con mayor agrado su salud. La educación inicial debe cubrir en lo posible el conocimiento de la diabetes, sus causas y factores de riesgo, informar de la necesidad de terapéutica permanente, de factores de protección y prevención y de la enseñanza de automonitoreo de glucosa.

Las estrategias de solución que lleva a cabo el paciente para seguir indicaciones médicas continuamente delimitan el ajuste para controlar la diabetes.

Aunado a la necesidad de adaptación a esta enfermedad se suma la etapa de desarrollo y solución de tareas de acuerdo a dichas etapas de la vida, características de personalidad, además de factores familiares; el funcionamiento del paciente se afecta según se perciba la enfermedad con relación a su control y de la adaptación exitosa a la misma (Pérez, 1995).

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 también se han detectado respuestas de estrés así como dificultades al realizar cuidados y ajustes. En situaciones de estrés disminuye la secreción de insulina y se eleva el nivel de glucosa en la sangre. En consecuencia a situaciones de estrés existe mayor riesgo de estado de hiperglucemia en pacientes diabéticos.

El estrés ha sido tema de interés, en diversas investigaciones que demuestran la relación entre el grado de tensión psicológica y consecuencias físicas de esta enfermedad. Ante una situación de estrés psicológico hay cambios en el nivel de glucosa y en la producción de cuerpos cetónicos. Pacientes quienes desarrollan glucosuria durante un periodo de mayor estrés emocional pueden requerir además del tratamiento médico la iniciación en un tratamiento psicoterapéutico (Goreczny, 1995)

Recientemente se han enfocado áreas de mayor interés en la investigación, tomando en cuenta aspectos psicológicos, la investigación debe enfocarse también a características de personalidad que dificultan o facilitan la adhesión terapéutica, efectos neuro-psicológicos, aspectos psicosociales y familiares y el aprendizaje de técnicas de adhesión terapéutica (Helz y Templeton, 1990; Masur y Anderson, 1984).

POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A MEDIANO PLAZO EN LA DIABETES MELLITUS

La ansiedad, el estrés, la autoestima, el conflicto psicosocial y soporte familiar son factores que afectan a pacientes en su respuesta para conservar un estado de salud favorable (Lorraine, 1986).

Mediante la historia clínica se pueden detectar diferentes rasgos de personalidad, estado de salud psicológica y dinámica familiar así como características de entornos sociales, culturales y económicos que influyen en el cuidado de la salud y en la calidad de vida de los pacientes. Es importante considerar estos datos ya que todo paciente que recibe atención médica se encuentra inmerso en un medio social, cultural, laboral y familiar.

Algunas características de personalidad que influyen en el curso de la diabetes son pasividad, somatización, inmadurez emocional y depresión que pudieran alterar el estado fisiológico normal. Se ha observado que temperamentos explosivos presentan mayores problemas de control de diabetes debido a que requiere de continuar un tratamiento, donde se encuentra con problemas, el paciente debe ser constante en su participación para modificar sus hábitos. Por otra parte cuando no son observables los beneficios a mediano plazo existe el riesgo de estrés y depresión (Helz y Templeton, 1990; Jacobson, Adler, Wolfsdorf, Anderson y Derby, 1990).

Comparando características de personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que tienen un buen control en comparación con quienes no controlan su nivel de glucosa se sugiere que los pacientes con pobre control tienen una mínima percepción de síntomas de hiperglucemia, cuando un paciente agudiza su percepción de síntomas físicos se puede tener mayor influencia en el autocuidado y mayor posibilidad de prevenir complicaciones (Jacobson, et al. 1990). En pacientes diabéticos con alta incidencia psiquiátrica que tienen un pobre control de glucosa, se observa disminución de su confianza para encontrar la solución de los problemas en la vida diaria y descuido en el seguimiento de indicaciones médicas.

Se ha encontrado correlación entre control pobre de glucosa y estrés ya que ambos sucesos se afectan entre sí. En pacientes adultos se ha estudiado la existencia de depresión y ansiedad asociado con un pobre control de este padecimiento. En la investigación de Helz y Templeton (1990) realizada con pacientes adultos se encontró un gran número de estímulos de estrés y eventos de la vida que representan tensiones emocionales, los cuales pueden repercutir afectando los niveles de glucosa. Jacobson, et al. (1990) coinciden con estos hallazgos y argumenta que la presencia de depresión, ha sido asociada con pobre control glucémico en pacientes diabéticos.

POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO EN LA DIABETES MELLITUS

Síntomas de depresión como tristeza o desesperanza, deben considerarse como “banderas rojas” para identificar pacientes con riesgo de daño a largo plazo tanto físico como psicológico. A pacientes que han mostrado síntomas de estrés psicológico, se les ha proporcionado atención subsecuente ya que estos síntomas se presentaron como parte de la adaptación normal a la diabetes, de la misma forma los pacientes que presenten depresión deben recibir atención psicológica que les permita lograr nuevamente su adaptación.

En un estudio de seguimiento, Lustman, Griffith y Clouse (1988) evaluaron a 37 personas adultas con diabetes y depresión mayor (de acuerdo con DSM III) 18 de ellas habían experimentado un episodio de depresión mayor dentro de 12 meses anteriores. doce de estos pacientes se reconocían dentro de este diagnóstico al momento de la evaluación. Los 18 pacientes con depresión recurrente habían incidido en promedio 4.2 veces en un periodo de cinco años.

A partir de esta investigación se sugiere que el curso natural de depresión aunado a diabetes es problemático, posiblemente más que en depresión sin enfermedad crónica: el estado depresivo aunado a diabetes representa mayor riesgo para la salud que en personas médicamente sanos. La depresión persistente puede relacionarse con la progresión de la enfermedad física. El desarrollo de episodios depresivos puede estar relacionado con complicaciones de diabetes.

Al no seguir indicaciones médicas se tiene el riesgo permanente de complicaciones agudas y crónicas; lo que puede resultar igualmente en estrés situacional o en reacciones depresivas. El paciente diabético se enfrenta a una situación de tensión a largo plazo ya que siendo esta una enfermedad crónica requiere de un tratamiento continuo.

Respecto a la intervención psicológica es necesario tomar en cuenta la adaptación lograda respecto a la enfermedad y la forma en que se ha afrontado el cuidado de la salud para proporcionar atención efectiva. Las complicaciones en el estado de salud del paciente diabético pueden prevenirse si se tiene orientación, información adecuada y oportuna. En etapas terminales de una enfermedad la atención psicológica busca dar esperanza al paciente, manejar la situación familiar de aceptación y estimular en el paciente al máximo su bienestar (Lerman, 1994).

FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

Sin duda la diabetes representa una fuente de estrés y depresión tanto para el paciente como para la familia ya que se requieren de esfuerzos de adaptación continua para controlar el nivel de glucosa. La familia y el entorno inmediato son determinantes sobre el bienestar psicológico de pacientes con enfermedad crónica.

La dinámica familiar tiene una influencia en el cuidado de la salud y en el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. Es necesario tener presente que esta enfermedad es perdurable y que se requerirá del apoyo de la familia, es observable el grado de apoyo familiar en la salud del paciente y cuando se presentan complicaciones en su salud, ya que en ambas situaciones tener la ayuda de familiares sirve para una pronta recuperación. La relación familiar y la interacción social facilita o dificulta la adherencia al tratamiento e interfieren indirectamente con el control de la glucosa.

Como es de suponerse en el tratamiento de enfermedades crónicas se requiere del apoyo y preparación para un tratamiento prolongado por eso es imprescindible la colaboración de la familia en pacientes adultos al menos para alentar y reforzar hábitos como dieta, ejercicio y mantenimiento de la salud.

En un estudio realizado con personas adultas en 121 familias, durante 1989 para obtener características familiares de pacientes con diabetes tipo 2, se evaluaron actitudes e información sobre la enfermedad, complicaciones médicas y medidas terapéuticas (Valadez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez y Alfaro-Alfaro, 1993).

Como resultado de esta investigación se observa que las reacciones de familiares ante la diabetes dependen también de factores tales como el tipo de familia, cultura, educación, desarrollo familiar, ideas sobre la salud y tratamientos, actitudes hacia una nutrición saludable, hábitos dietéticos y hacia la misma enfermedad.

En el estudio realizado por Valadez-Figueroa, et al. (1993) encontraron con mayor frecuencia (49.5%) de familias en las fases de independencia y retiro: los investigadores sugieren que esta etapa de la vida representa estrés que en relación con esta enfermedad puede interferir en el control metabólico.

El apoyo familiar y la red de apoyo social influyen en la forma de enfrentar la enfermedad. Cuando una persona cuenta con el apoyo familiar, la respuesta obtenida influirá en la forma de enfrentar la enfermedad, así también influye la red de apoyo social con que se cuenta.

En el grupo estudiado el 57% tuvo un nivel de escolaridad de analfabetismo funcional. Solo 20 pacientes se encontraron con un control de glucosa aceptable (120 mg/dl a 140mg/dl). La información y las actitudes que tiene la familia influyen en el afrontamiento de la enfermedad.

BARRERAS DE ADHESIÓN TERAPÉUTICA EN LA DIABETES MELLITUS

Masur y Anderson (1984) revisaron diversos estudios, hallando proporciones en que los pacientes colaboran con las indicaciones médicas, tal participación del paciente en su tratamiento médico varía en proporciones de 15 al 94%. Adicionalmente ante el cuestionamiento a médicos respecto a la cantidad de sus pacientes que colaboran con el tratamiento terapéutico solo el 42% de los médicos interrogados respondieron que casi todos sus pacientes seguían sus indicaciones, sin embargo no todos los médicos cuentan con este dato; los autores concluyen que algunos pacientes siguen indicaciones incorrectamente o interrumpen su tratamiento, estos pacientes no se cuantifican con exactitud.

En situaciones específicas o de manera continua el paciente puede estar expuesto a condiciones estresantes ya sean asociadas al impacto de la enfermedad o a condiciones de la vida del paciente (conflictos familiares o laborales) que pueden afectar el afrontamiento y curso de la diabetes.

El tratamiento médico implica actividades como realizar deporte, manejar el estrés y mejorar hábitos alimenticios. Se ha observado que es más fácil seguir recomendaciones como la ingestión de medicamentos, pero es más complicado llevar a cabo actividades como vigilar el índice de glucosa, realizar ejercicio, modificar la dieta y controlar el peso, establecer una comunicación abierta con el médico y vigilar las posibles complicaciones de salud. Una dificultad conceptual para medir la adherencia es que no todos los pacientes tienen un régimen específico a seguir, cuando se considera la dieta o el ejercicio son variables ya que no existe un estándar absoluto (Glasgow, 1988).

Huxenbaugh (1996) encontró que de 324 pacientes 94 que cambiaron a utilizar insulina solo el 23% tienen la opinión de que es más difícil el tratamiento, de pacientes que cambiaron de un régimen de dieta a pastillas el 14% piensa que es más difícil, así que estas opiniones pueden ser una barrera de adhesión al tratamiento.

Existen factores como son el tipo de enfermedad, las características de tratamiento requerido, la calidad de la relación médico-paciente, las características de personalidad del mismo paciente, factores que influyen en la reacción del paciente para afrontar una enfermedad, que influyen también en la disposición para participar activamente hacia su recuperación bajo supervisión médica y en consecuencia también afectan la evolución de una enfermedad, sea hacia la recuperación o hacia la patología.

Como resultado de la interacción de los factores señalados, el paciente puede ser beneficiado para tener mejor control de su estado de salud, pero en situaciones adversas un resultado puede ser la falta de adhesión al tratamiento médico es decir como resultado el paciente deja de colaborar con las instrucciones médicas lo cual dificulta la vigilancia médica y deja un campo abierto a posibles complicaciones de salud.

Masur y Anderson (1984) enlistaron factores que intervienen en la adhesión al tratamiento. Tales factores se retomarán a continuación relacionándolos con la diabetes

mellitus. Las variables estudiadas en el incumplimiento de indicaciones médicas se enlistan como características demográficas, tratamiento requerido, características personales y la calidad de la relación médico-paciente en cuanto a comunicación e interacción.

Características Demográficas

Durante el periodo comprendido entre 1980 y 1989 la hospitalización por diabetes ha aumentado, con relación a este síndrome el número de consultas anuales por especialidades aumentó de 52 000 a 280 000 al año. En instituciones atención médica cuya población es numerosa existe riesgo de que la consulta se vuelva rutinaria, en cuanto a la calidad del servicio se observa que el médico puede verse presionado por el número de pacientes que deben atenderse en un día laboral.

Una consecuencia inmediata ante la demanda de atención tan elevada es la falta de recursos disponibles para proporcionar la atención requerida, otra es la necesidad de ampliar servicios y aminorar costos económicos así como crear formas de diversificar y hacer posible la atención de la salud. al respecto los programas de detección temprana de diabetes y educación para la salud representan una alternativa en el tratamiento enfocado a prevenir y sobre todo para evitar complicaciones de salud en el ámbito de atención primaria (Fernández, 1993).

Existen *variables demográficas* que entran en juego en la adhesión terapéutica como edad, sexo, educación y estatus socioeconómico. Posiblemente una característica importante en el aspecto demográfico sea el acceso a servicios médicos, en el caso de la atención en instituciones públicas la continuidad de un tratamiento médico se ve favorecida bajo límites administrativos y de acceso a estos servicios, en este caso los pacientes que no cuentan tal acceso se verán afectados en el seguimiento y atención médica.

Debido a que este síndrome aumenta con edad mayor a 40 años, sexo femenino, dieta alta en grasas y carbohidratos, falta de actividad física y obesidad, estas condiciones presentan características de la población afectada las cuales deben manejarse para evitar la aparición o gravedad de la diabetes, entre las medidas preventivas que deben tomarse en cuenta la detección mediante la valoración de pacientes con riesgo y la atención anticipada a posibles complicaciones de salud, la educación para fomentar hábitos de vida saludables y la información sobre el manejo adecuado de esta enfermedad a la población afectada. En un ámbito de salud integral, la atención a esta población debe tomar en cuenta el ciclo de vida de madurez, donde se enfrentan situaciones como menopausia, ciclo familiar de retiro y nido vacío, cesantía de la vida laboral que se suman a la enfermedad física y representan riesgos para depresión y situaciones de estrés.

La diabetes Mellitus afecta en mayor parte a personas adultas en niveles socioeconómicos bajos, se requiere llevar a cabo medidas de atención así como preventivas para aminorar la prevalencia de este síndrome, por otra parte la atención médica debe incrementarse, haciéndose accesible para la mayoría de la población (Escobedo de la Peña, et al. 1995; Masur y Anderson, 1984).

Características del Tratamiento

Entre los factores que se refieren al tratamiento se podrían mencionar complejidad, efectos colaterales, grado de cambio comportamental requerido en los diferentes planes terapéuticos y costo percibido por el paciente.

Respecto a la *complejidad del tratamiento* se observa una relación inversa entre la cantidad de cambio conductual necesario y la adhesión; los tratamientos que requieren terminar hábitos como alimentación no balanceada o fumar y de establecer nuevas conductas como el ejercicio regular, cuentan con mayores proporciones de falta de adhesión al tratamiento. Al respecto Wing, Koeske, Lampariski y Becker (1986) mencionan habilidades necesarias para pacientes diabéticos al usar el automonitoreo de glucosa, tales como la preparación de material y uso adecuado de equipo.

La duración del tratamiento en enfermedades crónicas es larga, representa una variable que disminuye la adhesión al tratamiento. Lo mismo sucede cuando la enfermedad es asintomática. Puesto que el tratamiento de la diabetes mellitus es prolongado se necesita mantener la atención del paciente en el cuidado de su salud para que no deje a un lado su tratamiento, ya que se da el caso en que los pacientes asisten a atención médica solo cuando se presentan estados de gravedad.

En el caso de la diabetes mellitus se tiene la necesidad de *cambiar conductas* referentes a hábitos alimenticios, actividad física, ingestión de medicamentos y chequeo de glucosa, lo que significaría dificultades para la adhesión al tratamiento, ya que son conductas que requieren de dominio, tiempo y perseverancia.

Se ha observado que es más fácil seguir indicaciones como la ingestión de medicamentos, pero es más complicado realizar ejercicio y mejorar hábitos alimenticios, vigilar el índice de glucosa, establecer una comunicación abierta con el médico y vigilar el cuidado de la salud. En el tratamiento de la diabetes se consideran diversas estrategias educativas.

Un factor que se relaciona con la no-adhesión al tratamiento son los *efectos colaterales de un fármaco* que tiene como consecuencia el abandono de su administración. En este aspecto la investigación en diabetes mellitus y otros síndromes es dirigida a disminuir efectos colaterales.

El *costo*, se refiere en especial al esfuerzo que significa para el paciente realizar tareas asignadas con relación a los beneficios esperados, este percibe un costo elevado si cree que implica gran esfuerzo y siente improbable el logro de resultados. La educación al paciente es una forma de facilitar el manejo adecuado de una enfermedad.

El profesionalista de la salud necesita desarrollar habilidades interpersonales necesarias para la promoción y protección de la salud y en forma interdisciplinaria debe participar en la educación de la salud ya que la atención de la salud no es exclusiva del consultorio.

La educación al paciente es parte de la atención médica y es complementaria a la consulta médica, ya que es una forma efectiva de atención, da mayor funcionalidad a recursos en unidades de atención primaria y hospitales evitando en lo posible complicaciones, la educación para la salud es una alternativa que sirve para facilitar al paciente la adopción de hábitos de vida, informarle de los procedimientos para cuidar su

salud y explicar como es el trascurso de su enfermedad, de esta forma se facilita al paciente la comprensión de su enfermedad física y de sus cuidados.

Es necesario contar con el personal necesario para atención a los pacientes, este equipo médico debe conformarse de profesionales en nutrición, enfermería, trabajo social, médicos y psicólogos con conocimiento en la atención de enfermedades crónicas como la diabetes (Vega y García, 1995).

Relación Médico-Paciente

La persona enferma busca adaptarse y afrontar la enfermedad. La relación médico-paciente determina también la participación durante el tratamiento del paciente y señala como colaborará el paciente en su propia recuperación (Bowden y Burnstein, 1990).

La situación de gravedad en una enfermedad puede traer como consecuencia la incapacidad, en esta circunstancia el paciente requiere satisfacer sus necesidades con amplia ayuda de otras personas. por ejemplo en *estado de coma* donde son necesarias las medidas de primeros auxilios para conservar la vida del afectado. Una situación de emergencia como una cirugía de corazón es ejemplo del tipo de relación donde el paciente es pasivo y el médico es quien dirige toda actividad. Esta interacción Médico-paciente es una ***relación de actividad-pasividad***. El paciente requiere de la atención del personal de salud durante la cirugía, el médico toma toda la responsabilidad por la vida del paciente, posterior a la cirugía el paciente tendrá que tomar mayor responsabilidad por su rehabilitación y la forma de relación médico-paciente será diferente. En situaciones de gravedad la incapacidad del paciente le impide realizar actividades cotidianas por sí mismo y le impide cumplir con sus obligaciones sociales habituales.

Otro tipo de interacción es la relación de ***dirección-colaboración*** en la que el médico señala, da instrucciones y hace preguntas y el enfermo debe seguirlas al momento; un ejemplo de este tipo de relación es una curación, donde el médico dirige la asepsia y protección de una herida, pero se requiere de un esfuerzo por parte del paciente para indicar intensidad de dolor o adoptar una posición para facilitar un procedimiento médico.

En la situación de las enfermedades crónico-degenerativas el paciente acude voluntariamente con el médico y se requiere de amplia participación del enfermo para su recuperación, el paciente es quien debe asumir una posición de interés y participación activa para su recuperación o al menos para controlar su enfermedad y aprender a vigilar su salud. En esta tercera forma de relación médico-paciente, se requiere de una ***cooperación activa mutua***; es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas; la relación es de adulto a adulto ya que el paciente debe aceptar su responsabilidad para evitar complicaciones, cuidar su salud y llevar a cabo las indicaciones médicas: el médico sugiere actividades para realizar, pero si el paciente no las lleva a cabo es probable que repercuta en su estado de salud aún cuando tales consecuencias sean a largo plazo.

En este último tipo de relación se debe estimular al paciente a hacerse cargo de su propia enfermedad y llevar la responsabilidad de su cuidado.

El médico tiene conocimiento de la importancia de la relación terapéutica con su paciente. El tono e impacto emocional de esta relación y la facilidad que el paciente tenga para seguir las indicaciones dadas son buenos predictores para la adhesión terapéutica.

Para identificar factores psicosociales que representan problemas para el paciente, el médico puede iniciar investigando:

1. Qué piensa el paciente acerca de la importancia del control de la glucemia, de su posibilidad de llevar la dieta prescrita y de la vigilancia la glucosa en casa. El médico deberá comentar sobre la susceptibilidad para desarrollar complicaciones y de la eficacia de los tratamientos actuales para prevenir complicaciones.
2. Solicitar al paciente que describa situaciones de estrés, cambios de trabajo, lugar de residencia, acontecimientos inesperados e investigar si cuenta con el apoyo familiar y social adecuado.
3. Preguntar acerca de su estado de ánimo, ansiedad y sensación de bienestar general.
4. Plantear preguntas específicas sobre temas que los pacientes puedan dudar en expresar.
5. Determinar si el paciente usa de manera eficaz la información sobre diabetes. De igual forma mediante el interrogatorio también se investigan factores que pudieran dificultar la adhesión al tratamiento, de esta forma el clínico estará informado y podrá advertir medidas, así como orientar al paciente.

La aceptación del tratamiento terapéutico es de interés para todo cuidador de la salud.

El incumplimiento de las indicaciones médicas compromete la salud del paciente; si el enfermo niega el valor de un tratamiento afecta también la interacción entre paciente y médico.

El incumplimiento por parte del paciente resulta también en el uso inadecuado de los servicios de salud; en cambio cuando el paciente lleva a cabo indicaciones, se facilita el afrontamiento favorable ante su enfermedad. Cuando la consulta se lleva a cabo bajo presión por exceso de consulta o falta de recursos existe riesgo de que el paciente evite preguntar lo que no ha entendido, que no siga las indicaciones o que deje de asistir a la consulta médica, esta reacción depende también de las características del paciente.

Características Personales

Las enfermedades crónicas causan poco malestar, no son observables a corto plazo y además requieren de cambios en el estilo de vida, en consecuencia, frecuentemente se observa en los pacientes el incumplimiento de indicaciones médicas.

Los pacientes que perciben alto costo para asumir conductas de salud, demuestran incapacidad para afrontar demandas de participación, no planean tiempo para el cuidado de su salud, niegan la enfermedad y por tanto no se involucran en el tratamiento.

La persona que no sigue indicaciones médicas y deja de asistir a la consulta regularmente se queja de no recibir la atención adecuada, se siente insatisfecho y no acepta que requiere mejorar su calidad de vida, se resiste a experimentar cambios de hábitos o no sabe como mantenerlos.

Es importante tomar en cuenta que una gran parte de los enfermos ignoran las consecuencias de su conducta sobre su salud o que aún sabiéndolas insisten en mantener malos hábitos de salud, en parte debido a que las consecuencias de esta enfermedad no son visibles a corto plazo o los factores de riesgo que la condicionan se mantienen debido a que significan reforzadores positivos.

El paciente diabético está en riesgo de caer en situaciones de estrés o de depresión con mayor probabilidad a largo plazo ya que siendo esta una enfermedad crónica requiere de un tratamiento continuo y de no seguirlo se tiene el riesgo permanente de complicaciones agudas o crónicas que repercuten en el estado emocional del paciente.

Existe riesgo de que el paciente no acepte sus responsabilidades esta reacción se considera como regresiva, un ejemplo de esta reacción es la demanda de atención encubierta por rebeldía y exigencia, donde el paciente se queja abiertamente y sin justificación, culpando al médico en situaciones de gravedad. Esta conducta de regresión depende de las características del tratamiento pero en gran parte depende de características de personalidad del paciente y afecta la adhesión al tratamiento terapéutico.

Helz y Templeton (1990) reportan factores personales en niños con personalidad tipo A, los cuales presentan hiperglucemia en respuesta al estrés, mencionan también rasgos de personalidad como autovaloración positiva que tiene correlación con control en la enfermedad.

Bowden (1990) señala dos barreras que impiden asumir la responsabilidad por la propia salud las cuales son la falta de conocimiento y la falta de interés suficiente por aprender a cuidar de la salud.

Lerman (1994), enlista algunas cuestiones para investigar en el tratamiento médico al llevar a cabo un plan conjunto con el paciente, que apoye la clarificación de dudas y sirva para adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente:

Actitudes y creencias:

- Expectativa de curación.
- Percepción de un plan terapéutico muy difícil.
- Falta de convicción de que el plan terapéutico mejorará el control de la salud.

Factores psicosociales:

- Situaciones de estrés en la vida del paciente.
- Aparición de complicaciones nuevas.
- Disponibilidad y calidad de apoyo social para el paciente.
- Problemas psiquiátricos no relacionados con la diabetes.
- Conceptualización y metodología del médico para aplicar el plan terapéutico.

Este conocimiento acerca del paciente se debe tomar en cuenta para abordar en general el tratamiento de la diabetes en el cuidado de la salud.

CAPITULO III

PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO

EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

TIPO 2

CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

La evolución social y científica permite la integración de disciplinas que debemos aprovechar y enriquecer. Conocer el concepto de salud-enfermedad servirá de referencia para comprender la salud como motivo de estudio.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez.

Martínez (1994), considera que “la Salud es el logro del más alto nivel de bienestar. lo que resulta en la plena adaptación Bio-psicosocial del ser humano” .

San Martín (1981) amplía esta definición especificando que la salud no es un estado de salud absoluto, completo y estático, no es un ideal; por tanto representa una situación relativa, variable, dinámica, producto de todos los factores de la vida sobre la población y el individuo.

La salud como construcción social, repercute en el ambiente de vida de la comunidad y produce en el individuo según las circunstancias favorables o negativas, el estado ecológico de salud o el desequilibrio que llamamos enfermedad. La salud se define de acuerdo a una situación ambiental donde intervienen amplios aspectos sociales en la consecución de la salud tales como la educación, economía, vivienda o justicia distributiva. En tal equilibrio también deben considerarse aspectos psicológicos.

Tres características de este concepto de salud son:

A) El estado de salud no es algo absoluto, completo o permanente. El estado de salud es esencialmente variable, igual que las situaciones físicas y sociales que intervienen afectando el equilibrio homeostático.

B) No existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad sino diversos niveles y grados que no están definitivamente establecidos.

C) El concepto salud implica considerar tres componentes: el subjetivo (percepción o creencia de bienestar), el objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica) y el adaptativo (integración bio-psicosocial del individuo).

Los rubros que se contemplan y determinan el estado de salud o enfermedad del individuo son:

- **Biología humana.** En lo referente al sustrato fisiológico, aspectos genéticos y evolutivos. El “equipaje personal”, el potencial neurobiológico
- **Medio ambiente.** Contaminación física, química o biológica, el medio social y sociocultural y aspecto psicológico. El medio también se refiere al entorno familiar o al nivel socioeconómico, así como a los procesos de evolución dinámica en interacción entre los potenciales del individuo y el medio.

- Estilo de vida. Los aprendizajes individuales y colectivos que contribuyen a la construcción del estado de bienestar, mediante la ejecución de conductas favorecedoras de la salud como ejercicio físico, alimentación adecuada, adopción de medidas preventivas y disminución de conductas de riesgo para la salud como adicciones y estrés excesivo.
- Sistema de asistencia sanitaria. Refiriéndose a la adopción de medidas políticas sobre la salud, calidad de la asistencia, medios técnicos y atención al paciente.

Retomando el concepto de salud de Martínez (1994) para tratar de comprender y diagnosticar las alteraciones en el equilibrio de la salud y llevar a cabo la atención a la salud deben tomarse en cuenta:

- El sistema de salud vigente en cada comunidad y su interacción con otros sistemas.
- Los circuitos de comunicación y actuación en las diferentes organizaciones sanitarias.
- El valor de la prevención en diferentes ámbitos que conforman la salud individual y comunitaria.
- Los sistemas de educación para la salud de que dispone la comunidad, de su implantación y desarrollo.

El concepto de salud debe interpretarse en un contexto dinámico, estableciendo una dimensión continua entre salud y enfermedad. La salud es un bien deseado por todos los individuos, grupos y comunidades. queda claro que no significa únicamente la ausencia de enfermedad.

Una definición amplia de salud debe considerar a los individuos o comunidades en su capacidad para la supervivencia, adaptación y la expresión completa de su potencial para el disfrute de la vida.

Se pueden considerar componentes de salud:

- El sentimiento subjetivo de bienestar.
- La capacidad para un alto nivel de productividad social.
- Niveles fisiológicos adecuados y que se encuentren reflejados en las medidas de funcionamiento corporal, tales como presión sanguínea, frecuencia cardíaca o volumen respiratorio.
- Capacidad de resistencia al estrés, a las infecciones y a las agresiones físicas con una pérdida mínima en los anteriores criterios.

La salud mental es parte funcional de cada individuo y consecuentemente de la colectividad a la que pertenece. El concepto de salud mental se refiere a una parte integral de la salud en su totalidad ya que el individuo es un ser bio-psicosocial.

Fernández-Ríos (1994) amplía el concepto de salud mental ligado en parte a la salud física, la salud mental positiva hace referencia a las siguientes características psicológicas en el individuo:

Logro o aspiración. Capacidad de establecer metas realistas y esforzarse por conseguir tales logros y aspiraciones.

Funciones cognitivas. La percepción realista del mundo.

Balance emocional, bienestar afectivo, funcionamiento integrado.

Ajuste social. Competencia, autonomía, responsabilidad, utilidad.

Autoestima. Percepción adecuada de sí mismo, autovaloración amistosa.

Independencia. Capacidad de cuidar a otros y a sí mismo.

Diseñar y alcanzar metas. Desarrollar y conseguir metas, enfrentándose a la solución de problemas.

Este autor engloba la salud mental en un concepto holístico y supraindividual de salud: el sujeto busca la totalidad de la vida, es más que la suma de las partes, salud no es solo ausencia de enfermedad. el ser humano es responsable de su salud. Puesto que el individuo se halla inmerso en una familia y en una sociedad, en la medida que estos sistemas funcionen influirán en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Bowden (1990) señala que la salud es un estado de bienestar que abarca el organismo, en la dimensión física, psicológica y social, la forma en que vivimos determina en gran parte nuestro estado de salud; la calidad de vida puede ser evaluada como causa y efecto de nuestro estado de salud.

CONDUCTAS DE RIESGO, DE ENFERMEDAD Y DE SALUD

En el estudio de la influencia de la conducta en la enfermedad, se clasifican algunas conductas que ayudan a proteger o que ponen dañar la salud: basándose en estudios de epidemiología y de campo se puede observar conductas que son protectoras de la salud pero también conductas que significan un riesgo para la salud, por ejemplo la higiene y el ejercicio físico, se han considerado conductas protectoras en la salud, en cambio fumar o beber alcohol en exceso se han clasificado como conductas de riesgo (Buela-Casal, et al. 1996).

Las causas que influyen en la enfermedad se han ido modificando de ser básicamente de causas infecciosas a depender en gran medida de factores de influencia como el comportamiento y de estilos de vida. (SSA, 1995).

Conductas de Riesgo.

Son las conductas que aumentan la probabilidad de aparición o de gravedad de enfermedad, entre estos comportamientos se encuentran:

- Los patrones de respuesta
- Los hábitos adquiridos.
- El estilo de vida.

Tales conductas se determinan por factores como:

El sistema de creencias, la falta de información o patrones de conducta pero en gran medida por el hecho de que tales conductas resultan placenteras y significan recompensas a corto y mediano plazo, aunque tengan efectos indeseables después de largos periodos de tiempo. Las conductas de riesgo también pueden ser inducidas frecuente e intensamente por personas significativas o por estilos de vida social. (Fernández, 1994)

La motivación del individuo puede llegar a ser crucial en las conductas de riesgo de tal forma que se lleven a cabo arriesgando la salud y con pleno conocimiento de ello.

Entre las *Conductas de Riesgo* que se pueden enumerar se encuentran el consumo excesivo de tabaco y sustancias tóxicas, la sobrealimentación; esta conducta puede tener como consecuencia complicaciones cardiovasculares, hipertensión, diabetes; representa un riesgo para la salud, se trata de explicar por medio de determinadas características de personalidad, estados emocionales, nivel de actividad física. Conocer la influencia de estas conductas sobre la enfermedad sirve para proteger la salud, en conjunto diferentes conductas de riesgo tienen un efecto multiplicativo y amenazan el bienestar del individuo por lo que se requerirá proteger, eliminar o disminuir tales conductas de riesgo y sustituirlas por conductas de salud que faciliten el bienestar (Morales, 1999).

Conducta de Enfermedad.

La enfermedad representa un desequilibrio tanto físico, como psicológico y social y tiene reacciones de adaptación tanto para afrontar el estado fisiológico como para el mantenimiento de un equilibrio emocional razonable.

Una vez que se presentan signos y síntomas de una enfermedad el individuo percibe y valora su situación reaccionando conductualmente en dirección diferente para disminuir daños o evitar síntomas o evadir su estado patológico. Una conducta de enfermedad es *cualquier* actividad emprendida por una persona que tiene algún padecimiento físico, con la finalidad de definir su estado de salud o descubrir un remedio adecuado. Tales conductas se realizan con el fin de resistir, afrontar o curar tal enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de negación, minimización de la enfermedad o al contrario puede ser la búsqueda de apoyo, conservando una auto imagen satisfactoria y preservando relaciones sociales adecuadas. El paciente deberá enfrentarse a la fase aguda de la enfermedad para lograr la estabilización.

En el caso de enfermedades crónicas el enfermo tendrá que aceptar que su enfermedad no tiene un remedio actual y que requerirá de modificar su estilo de vida.

El seguimiento de indicaciones médicas adecuado puede llevarse a cabo en dos formas:

- A) Mediante el cumplimiento, cuando el paciente obedece fielmente a las indicaciones médicas
- B) A través de la adherencia al proceso terapéutico, que implica un papel activo y una actitud de colaboración voluntaria del paciente con el profesional de la salud, ejecutando así comportamientos de mutuo acuerdo con la finalidad de obtener resultados terapéuticos o preventivos deseados.

La adherencia al tratamiento implica una amplia variedad de conductas tales como la toma de medicación en dosis prescritas, realización periódica de pruebas y asistencia a consulta que dependen en gran medida de creencias, conductas y actitudes del paciente tales como expectativas de curación, la participación en el tratamiento y la colaboración con el médico para señalar síntomas y llevar a cabo indicaciones. Existe riesgo de que el paciente no acepte sus responsabilidades esta reacción se considera como una conducta regresiva, un ejemplo de esta reacción es la demanda de atención encubierta por rebeldía y exigencia, donde el paciente se queja abiertamente y sin justificación, culpando al médico en situaciones de gravedad. Esta conducta de regresión depende de las características del tratamiento pero en gran parte depende de características de personalidad del paciente y afecta la adhesión al tratamiento terapéutico (Donald y Turk, 1991).

Conductas de Salud.

Estas son todas aquellas conductas que promueven o potencian el estado de salud en general. Es cualquier actividad emprendida por una persona que se considera a sí misma sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática. Cuando aparece alguna enfermedad las conductas reductoras de riesgo (por ejemplo no fumar) servirán para la pronta recuperación de la salud o para evitar secuelas, reduciendo el riesgo asociado con trastornos.

Algunas conductas de salud dependen enteramente del acceso a servicios de salud, como en el caso de exámenes médicos periódicos, para llevarlas a cabo se requiere de la intervención directa de personal médico. Existen conductas que son recomendadas por el médico como el seguir una dieta, también hay las que se practican independientemente de la ayuda profesional. Todas estas conductas están dirigidas hacia la prevención y promoción de la salud, cuando aparece alguna enfermedad estas conductas son orientadas y fomentadas en gran medida por el personal médico.

Las conductas de salud son medidas que deben tomarse regularmente independientemente de alguna enfermedad física, se llevan a cabo antes de que aparezca alguna enfermedad, estas conductas consideran protectoras de la salud.

Ejecutar conductas encaminadas a mantener o mejorar la salud depende tanto de factores sociales (educación para la salud en la población, salud como valor, sistema de salud) como personales (estado de salud, cultura de salud.)

Algunas categorías de conductas protectoras de la salud son:

Prácticas de la salud. Dormir suficiente, comer moderadamente, realizar ejercicio físico.

Prácticas de seguridad. Tener un botiquín, números de emergencia, seguir señalamientos de precaución.

Cuidados preventivos. Chequeos ginecológicos, chequeos médicos.

Conductas de evitación. Evadir ambientes insalubres, contaminados, áreas de polución o inseguridad (Bucla-Casal, et al. 1996; Morales, 1999).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología en la salud es un campo aplicación reciente; donde las *características psicológicas y de la conducta* son relevantes en el tratamiento o rehabilitación de enfermedades, en su prevención y en la promoción de la salud (Fernández, 1994).

La Psicología de la Salud tiene la intención de englobar conceptos, teorías y métodos aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema salud; la psicología de la salud representa un área de especialización que intenta aplicar teorías, conocimientos, procedimientos y técnicas psicológicas a los problemas y cuestiones del sistema de salud.

Este campo de especialización del psicólogo centra su interés en el ámbito de problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la función de prevenir su ocurrencia o una vez ocurridos rehabilitar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la psicología científica, tomando en cuenta a la conducta y las causas biológicas y sociales, como determinantes de la salud y de la enfermedad.

Matarazzo y Weiss (1985) definen la *Psicología de la Salud* como un conjunto de aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud; en la prevención y el tratamiento de la enfermedad y el diagnóstico de la salud, en la identificación de los correlatos etiológicos la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Tales aportaciones se orientan a lograr retos cada vez más elevados de bienestar físico a través de la promoción de conductas relacionadas positivamente con la salud y la prevención de conductas insanas.

CAMPO DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud es interdisciplinaria, comparte acciones con especialidades médicas acercándose más al ideal de salud.

La psicología clínica se nutre básicamente de conocimientos que explican la conducta humana, sin embargo al pretender asumir roles en equipos interdisciplinarios es necesario ampliar tales conocimientos.

El psicólogo interviene en la atención a pacientes específicamente con enfermedades mentales; el psicólogo de la salud se encuentra implicado también en el estudio de procesos afectados por enfermedades físicas que alteran la relación de las personas consigo mismas y con su entorno. El psicólogo clínico debe traspasar los límites de la práctica estrictamente clínica para poder trabajar en la vigilancia de la salud del individuo y de la comunidad en cuanto a:

- Prevención; la cual contribuya a una buena relación del individuo consigo mismo con su entorno y a un diálogo eficaz de su mundo interno con su mundo externo.
- Atención individual y comunitaria.
- Seguimiento de procesos individuales y colectivos afectados en su salud, interviniendo en la mejora de la calidad de vida.
- Vigilancia en todo el proceso vital de la población de manera que ninguna edad ni colectivo social queden excluidos de la atención necesaria (Martínez, 1994).

La psicología de la salud requiere de acciones como:

- Investigación acerca de relaciones existentes entre personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o la habilidad para afrontarla.
- Diseños educativos para facilitar el afrontamiento de enfermedades.
- Trabajo con organizaciones de cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y en la evaluación de sus éxitos.
- Análisis de políticas alternativas en la provisión de salud.
- Orientación a familias.

Entre las aportaciones de la psicología de la salud a la atención de la salud se encuentra la forma de abordar los fenómenos de salud-enfermedad, en la que aspectos psicológicos y conductuales tienen gran importancia en la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación en la enfermedad.

Entre los problemas existentes en el sistema salud se incluyen reducción de peligros ambientales para la salud, reducción de riesgos, identificación de necesidades de tratamiento y selección de tratamientos adecuados. El psicólogo encuentra un campo amplio para desenvolverse como un agente activo de la promoción de la salud, relacionándose con grupos en la comunidad.

En el ámbito de la salud se requiere la participación del psicólogo con el objetivo de prevenir daños a la salud y educar para la salud, no solo en la atención en último extremo y en hospitales de rehabilitación sino en el *primer nivel de atención*, es decir antes de que ocurran secuelas importantes en la salud.

Respecto a la atención se incluye la investigación y práctica relacionadas con la intervención en situaciones y la evaluación de tratamientos basados en métodos variados que incluyen técnicas para disminuir la ansiedad, biorretroalimentación, modificación del comportamiento, terapia de grupo, educación y consulta para modificar comportamiento.

De acuerdo con Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) la psicología de la salud enfatiza la búsqueda de mayor bienestar, satisfacción, adaptación y logro de salud biopsicosocial, promoviendo conductas saludables, así que el psicólogo de la salud debe interesarse por alcanzar estas metas de la salud.

La participación del psicólogo se observa en la detección de necesidades, al posibilitar recursos para facilitar la atención psicológica, lograr la participación de líderes y para implementar programas encaminados a mejorar la calidad de vida de la comunidad. Por lo que la *educación para la salud* en diversos programas es un campo abierto para los psicólogos clínicos.

En la gran mayoría de las enfermedades el comportamiento del paciente y su aprendizaje tienen un papel muy importante. Existen conductas de riesgo para la salud tales como el uso excesivo de azúcares y desnutrición, la inactividad física, la incapacidad de solicitar ayuda médica oportuna, estilos de vida estresante, la alimentación no balanceada, la falta de hábitos higiénicos, todos estos son comportamientos que pueden ser modificables, pero para hacer posible el cambio hacia hábitos saludables se requiere de aprender conductas sustitutivas que tengan mayor valor para los pacientes.

Actualmente se tiene la necesidad de investigar formas de evaluar diferentes planes y formas de tratamiento para lograr mejorar la salud. Algunos ámbitos específicos de participación del psicólogo en el campo de la salud son la formación de grupos para modificar estilos de vida específicamente: control de peso, dejar de fumar, bebedores problema, o para control de estrés.

RELACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON OTRAS DISCIPLINAS.

Como antecedente de la psicología de la salud se encuentra *la medicina psicosomática*, área que explica trastornos orgánicos de etiología psicológica. Aún cuando el término psicosomático resulta ambiguo representa un intento por explicar la relación entre conducta y enfermedad, las diferencias encontradas con relación a la medicina psicosomática y psicología de la salud es el énfasis en la enfermedad en la primera y en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la segunda. El concepto de la salud que maneja la medicina psicosomática enfatiza aspectos orgánicos, mientras que la psicología de la salud involucra aspectos fisiológicos, conductuales, psicológicos y sociales. Por tanto también el ámbito de aplicación es más extenso en la psicología de la salud. (Buela-Casal, et al. 1996; Casullo, 1996).

La psicología médica constituye la ampliación y nueva conceptualización de la medicina psicosomática, se centra en aspectos psicológicos de la enfermedad y su repercusión psicológica en el paciente, se ha centrado en la evaluación psicológica de pacientes con enfermedades físicas y psiquiátricas; con el interés primordial de comprender la enfermedad en un contexto social y psicológico. En ocasiones la psicología médica se refiere a las técnicas psicológicas que sirven para lograr un mejor estado de salud, siguiendo indicaciones médicas (Buela-Casal, et al.1996).

Cercanamente a la psicología médica han surgido los términos medicina conductual y la salud conductual. Para distinguir estas disciplinas de psicología de la salud se propone una diferenciación:

La medicina conductual se refiere a un amplio campo de investigación científica, educación y práctica profesional, relativo a la salud y la enfermedad. De acuerdo con Casullo (1996), en la medicina conductual son prioritarias las variables psicofisiológicas y de comportamiento; se registran mediante instrumentación en situaciones controladas.

Salud conductual se refiere a una subespecialidad de la medicina conductual centrada en el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedad y disfunción en personas sanas.

Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) señalan disciplinas con la que se relaciona la *psicología de la salud* como la *Educación para la Salud* que se define como la preparación permanente del individuo para conocer su organismo, desde el punto de vista físico, mental y social, conocer su ambiente de vida desde el aspecto ecológico y social, con el objeto de saber vivir en salud (protección, prevención curación) y fomentar su participación con la comunidad en la protección de la salud colectiva.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE DIABETICO EN TRATAMIENTO MEDICO

En la atención psicológica a pacientes con diabetes mellitus se utilizan métodos y técnicas didácticas y/o clínicas, las cuales han sido documentadas en diversos estudios. Para explicar tales formas de intervención se enumeran las siguientes, haciendo la aclaración de que no son las únicas formas de tratamiento, simplemente se desglosan así con el fin de abarcar la mayoría de las estrategias usadas en el cuidado de la salud en los pacientes con diabetes o de sus posibilidades:

1. Asesoría específica.
2. Automonitoreo
3. Intervención para control de peso y modificación de hábitos alimenticios.
4. Intervención en grupos.
5. Control de estrés.
6. Educación para la salud.
7. Autocuidado.
8. Adhesión terapéutica

Aun cuando estas estrategias de intervención no son únicas ni excluyentes se explicará cada una de ellas, en su aplicación al tratamiento integral del paciente con diabetes no se tiene un procedimiento específico, la atención proporcionada depende básicamente de las necesidades del paciente. En las aplicaciones encontradas combinan la selección de técnicas y métodos de intervención; cambiando de acuerdo a cada situación específica. La finalidad común es lograr que esa atención sea cálida, significativa para el paciente, que le sea útil y favorable en el afrontamiento de su enfermedad y para facilitar la adhesión a un tratamiento médico prolongado (Cox y Gonder, 1991; Lerman, 1994; Maldonato y Bloise, 1995).

ASESORIA ESPECÍFICA

El objetivo de este tipo de orientación es lograr una relación de trabajo fuerte y duradera entre paciente y personal de salud, que permita un buen control de los niveles de glucosa y facilite la adhesión al tratamiento. Se realiza en su mayoría en forma individual, requiere de mayor tiempo así como preferentemente de un equipo multidisciplinario.

Algunas reacciones como el temor, la negación, la incredulidad e indiferencia ante la enfermedad, son debidas a creencias del paciente acerca de su enfermedad, tal distanciamiento dificulta la adopción de nuevas conductas. Durante la entrevista con el paciente se deben aclarar expectativas de curación, situaciones independientes que se suman a la enfermedad y que producen estrés, falta de confianza del paciente en que el plan terapéutico mejorara el control de la glucosa, problemas psiquiátricos relacionados con la diabetes, aparición de complicaciones. Todas estas posibilidades deben abordarse para facilitar el tratamiento y adherencia terapéutica.

Mediante la asesoría individual se pretende aminorar sentimientos de fracaso, desesperación y de resentimiento que el paciente enfrenta ante dificultades. Al facilitar una relación positiva entre médico y paciente se crea un ambiente cálido y de confianza que permite la expresión de dudas, expectativas y sentimientos. Así se hace factible la recepción de información, apoyo y orientación para disminuir riesgos, para estimular el mantenimiento de la salud y de una buena calidad de vida (Aguilar, 1990).

La orientación enfocada también al control metabólico, además se dirige a disminuir estados de ansiedad o depresivos, educando al paciente en la detección temprana de posibles daños para que el paciente se encuentre en mejor disposición para observar síntomas y llevar a cabo indicaciones médicas. Al lograr éxito en el plan terapéutico aumenta la autoestima y el sentimiento de valerse por sí mismo.

El automonitoreo es una técnica que consiste en registrar conductas de interés en sus cualidades previamente solicitadas o en frecuencia, sirve de apoyo al cambio conductual, ya que permite al paciente darse cuenta de las actividades que registra en determinado tiempo analizando como las lleva a cabo. Sirve como apoyo para la enseñanza de actividades como medición de glucosa, aplicación de insulina, seguimiento de dietas y control de peso. Tiene valor limitado en tratamientos prolongados, en su uso se requiere de la supervisión médica, ya que el médico es quien valora la calidad del cumplimiento y toma las medidas necesarias a partir de la información que le proporcione su paciente.

Esta técnica sirve para reforzar el logro de las actividades llevadas a cabo para vigilar la salud; consecuentemente los pacientes están mas dispuestos a vigilar su estado mediante registros ya que han seguido su régimen, obviamente tal registro debe ser claro, preciso, debe contener la información básica de apoyo en el proceso de aprendizaje de una nueva conducta (Meichenbaum y Turk, 1991).

Al usar el automonitoreo se sugiere incluir estrategias en la solución de problemas, reforzamiento y auto contratos identificando a pacientes que se encuentren en mayor riesgo de dificultades y desarrollar estrategias de solución.

AUTOMONITOREO

Puesto que el control del índice de glucosa es necesario para tener mejores pronósticos de salud, los estudios se han enfocado a facilitar tal control.

Algunos puntos a los que se les ha dado importancia son:

- a) Dar instrucciones precisas de tareas o pequeños pasos de acuerdo a la situación y necesidades de cada paciente. Mediante registros hacer cumplir y vigilar las indicaciones médicas y señalar el cumplimiento de pequeños objetivos.
- b) Capacitar al paciente mediante destrezas tales como medición rápida de glucosa en casa, en la detección de síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia.
- c) Detectar y solucionar pequeños problemas respecto a alimentación, ejercicio y situaciones de la vida diaria que requieran de ajustes.

Esta forma de intervención puede complementarse con información precisa para el paciente; el médico tiene un papel muy importante para enfocar la realización de actividades necesarias explicando su importancia, el paciente es considerado como una persona responsable e interesada en el cuidado de su salud; para controlar su enfermedad es necesario que el paciente adquiera conocimientos y destrezas que sirven como medidas preventivas y de cuidado. El revisar con el paciente sus registros es muestra de atención, al hacerle notar faltas y aciertos en el seguimiento de su tratamiento médico y es útil para interesar y motivar al paciente a continuar con su régimen.

Cuando un paciente logra adquirir destrezas y es capaz de incorporar el manejo de la enfermedad en la vida diaria se minimiza su dependencia ante la enfermedad (Meichenbaum y Turk, 1991; Masur y Anderson, 1984).

El automonitoreo es una propuesta de interés tanto en investigación como en su aplicación, no únicamente en el tratamiento de la diabetes mellitus sino también en el tratamiento de otras enfermedades (Fernández-Ríos, 1994; Meichenbaum y Turk, 1991).

Se sugieren algunos pasos para facilitar la implementación de un plan terapéutico orientados a modificar la conducta:

Dar instrucciones precisas. El paso inicial es dar información sea escrita o en forma verbal tanto de esta enfermedad como de las pautas de conducta que se requieren. Después se introduce el procedimiento de auto vigilancia, manteniendo registros detallados de lo que se come, del ejercicio realizado, estos registros sirven como retroalimentación para modificar la conducta.

Vigilar el cumplimiento de metas. Se busca lograr pequeñas metas de actividades como alimentación, ejercicio, monitoreo, con el fin de ir adoptando hábitos de cuidado.

Educar al paciente. Mediante instrucción, breves mensajes, conferencias, demostraciones. La información acerca de cómo seguir indicaciones mejora la adhesión de un régimen terapéutico, es necesario proporcionar al paciente programas educativos con el fin de modificar valores, expectativas y creencias de los pacientes.

Utilización de contratos de contingencias. Sirve para delinear metas definidas operacionalmente, casi siempre en forma gradual, produciendo una relación recíproca, activa y más igualitaria.

Adaptar el régimen. Negociar el régimen del tratamiento con el paciente mejora el cumplimiento, aprovechando hábitos ya existentes en el paciente que favorecen el seguimiento. La atención, el trato e interés proporcionado al paciente favorece el cumplimiento.

Uso de técnicas comportamentales. El uso de señales o estímulos discriminativos como calendarios, la ingestión de alimentos, recordatorios telefónicos de citas subsecuentes desencadenan conductas de cumplimiento. La técnica de automonitoreo es útil como apoyo para medición de glucosa, seguimiento de dietas, control de peso y regulación de ejercicio, tiene valor limitado en tratamientos prolongados.

Estas propuestas son de interés tanto en investigación como en su aplicación, no únicamente en el tratamiento de la diabetes mellitus sino también en el tratamiento de otras enfermedades (Fernández-Ríos, 1994; Meichenbaum y Turk, 1991).

CONTROL DE PESO Y MODIFICACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

La obesidad es una característica que se asocia con la diabetes mellitus, tal condición contribuye a la resistencia a la insulina, por esta razón la reducción de peso es un factor que puede contribuir a normalizar el metabolismo de glucosa (Aguilar, 1990; Goreczny, 1995).

El manejo en trastornos de alimentación sirve como referencia para el tratamiento de pacientes obesos, aún cuando la obesidad no signifique diabetes, el tratamiento para obesidad puede ser una alternativa de apoyo para el tratamiento médico.

El uso de técnicas conductuales tiene el fin de apoyar la decisión del paciente para disminuir y controlar el peso adecuado, interviniendo con un equipo multidisciplinario. La vigilancia de ingestión de calorías favorece el control de peso. Algunos tratamientos tienen la función de educar al paciente para mejorar su alimentación y conservar un peso cercano al recomendable (Aguilar, 1990).

La terapia cognitivo-conductual sugiere que los conocimientos y las creencias influyen en el comportamiento de una manera predecible. Al cambiar las creencias negativas se cambiará también el resultado conductual. Los pensamientos sobrevalorados acerca del peso, la comida, la dieta y la idealización de la delgadez llevan a la perpetuación de respuestas como extremas medidas dietéticas y al abuso de sustancias. La conducta y las creencias afectan significativamente la autoestima y potencialmente pueden llevar a un detrimento del estado psicológico de la persona (Holtz y Tena-Suk, 1995).

Mediante el automonitoreo se busca incrementar la conciencia de patrones alimentarios. Al analizar antecedentes conductuales incluyendo factores sociales, emocionales, cognitivos y fisiológicos que tienen que ver con el desarrollo de trastornos de alimentación. Al analizar que alimentos desencadenan patrones de comer en grandes cantidades, el significado de los alimentos, patrones de la alimentación, tiempos y lugares; se busca crear respuestas alternativas que rompan o impidan cadenas de respuestas; de esta forma se aprende a manipular consecuencias y reforzar hábitos alimentarios adaptativos.

Se requiere aún investigar más sobre la existencia de trastornos de la alimentación en pacientes con diabetes, sin embargo al momento únicamente se ha observado el predominio de factores de metabolismo, endocrinos y de origen genético. La psicofarmacología se ha utilizado en el tratamiento de trastornos alimentarios. La terapia de grupo se ha aplicado como una forma de intervención clínica. La psicoterapia tiene la función de apoyar la expresión de sentimientos y dificultades, así como apoyar el control de peso corporal.

Al analizar las creencias que tiene el grupo se confrontan aquellas creencias que

no son adaptativas como son ideas acerca de la comida, (“las penas con pan son buenas”), el peso, (“dos tortillas de más no me afectan”), la figura corporal, (“No puedo controlar mi peso, soy incapaz de controlar mi peso”) y el concepto de sí mismo (“Soy gorda y nada lo cambiará”)

La terapia es una forma de disminuir ansiedades, fortalecer la estima y el autoconcepto, siendo también un espacio de apoyo para la expresión de temores, sentimientos y emociones (Holtz y Tena-Suk, 1995).

Se ha demostrado que practicar ejercicio regularmente sirve para acelerar y estimular el proceso del metabolismo, por lo que también se considera una variable muy importante en la disminución y control de peso (Chaturvedi, 1995).

CONTROL DE ESTRÉS

Existen diferentes puntos de vista que conceptualizan el término estrés. Desde el punto de vista de la física, estrés designa una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada medida conduce a la deformación o a la destrucción de ese objeto o sistema. En el ser humano estrés designa el peligro que amenaza al bienestar. El organismo intenta ajustarse a esas condiciones del medio ambiente y actuar contra esa influencia perniciosa mediante la actividad o al huir de ella.

El estrés es un estado del organismo cuando este percibe que su bienestar está en peligro y por ello debe dedicar toda su energía a su protección. Se inicia ante cualquier elemento capaz de producir cambios en respuesta al estímulo; representa una respuesta de preparación y acción del organismo para afrontar la emergencia que amenaza con alterar el estado de equilibrio biológico.

Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno cuando este es evaluado como amenazante o desbordante de recursos y que pone en peligro el bienestar.

Desde este punto de vista estrés queda definido como un estado de activación autonómica y neuroendocrina (córtico-suprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual. Esta definición toma en cuenta aspectos del ambiente, así como la esfera cognoscitiva.

El estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que este es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento. El estrés representa la incapacidad para mantener niveles óptimos de rendimiento, implica un fracaso adaptativo ante un exceso de activación y que tiene repercusiones emocionales.

Interviene tanto un estímulo como la interpretación dada a esa situación. Dicha reacción tiene que ver con la forma en que impacte tal estímulo en el organismo es decir la demanda del medio, así como las posibilidades de afrontarlos, los recursos y estrategias de afrontamiento. (Lazarus y Folkman, 1986).

Una reacción fisiológica inmediata al estrés es la producción de glucosa la cual sirve como combustible. Durante la fase de alerta se produce una reacción súbita de los sistemas que integran la defensa o ataque. Durante la fase de resistencia estos mecanismos se encuentran en su fase máxima de acción como una forma de adaptación y en un grado mayor de eficiencia. En la fase de agotamiento disminuyen estos recursos adaptativos y la persona se vuelve vulnerable al carecer de defensas (Gunther, 1986).

El estrés produce un exceso de actividad simpática, a través de nervios adrenérgicos produce inhibición de la secreción aguda de insulina lo cual altera la tolerancia a la glucosa. Durante el estrés hay hipersecreción de glucocorticoides, los cuales son antagonistas de la insulina y causan hiperglucemia, aunque es necesario que la situación de estrés se mantuviera por varios días para agotar las reservas de insulina y de la capacidad del páncreas para secretar insulina; el estrés se considera un factor que eleva niveles de glucosa en la diabetes (Nava, 1984).

El malestar resultante ante una enfermedad no solo es somático, también existe un malestar psicológico. La enfermedad física puede crear ansiedad, es decir una alteración del estado emocional secundario a temores e incertidumbres ante la misma enfermedad, o ante la posibilidad de invalidez o muerte (Matarazzo y Weiss, 1985; Goreczny, 1995).

Cuando el individuo se enferma está más atento sobre su cuerpo, necesita ocuparse más de sí mismo y es más sensible. Por lo general la enfermedad obliga a un estatus de dependencia en el sentido material y emocional, ya que en su recuperación se requiere de ayuda externa. Estas son situaciones de estrés que pueden afectar el desarrollo o agravamiento de una enfermedad.

Cuando la enfermedad es grave o crónica el autoconcepto puede verse afectado, la persona que es consciente de que no era tan fuerte como pensaba, puede sentirse castigado, derrotado, minimizado o sentir soledad, pero también puede suceder que se fortalezca demostrando habilidades de afrontamiento.

Puesto que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica demanda un seguimiento médico continuo y educativo a fin de evitar complicaciones: el paciente y su familia tienen la necesidad de aceptar el tratamiento requerido así como las medidas de prevención y cuidado de la salud necesarias.

La relajación, el incremento de la solución de problemas y el autocontrol de la conducta voluntaria son técnicas que sirven para la disminución del estrés, no se espera que el paciente diabético responda ante el diagnóstico como un evento de pérdida o amenaza, o catástrofe, sino que logre la adaptación más favorable.

La relajación, el incremento de la solución de problemas, el autocontrol son técnicas que sirven para fortalecer el manejo del estrés, no es deseable que el paciente con diabetes responda ante el diagnóstico como un evento de pérdida o amenaza, ni que interprete su enfermedad como un evento catastrófico, sino que logre la adaptación más favorable. El fin es reducir las condiciones medioambientales que dañan, aumentar la tolerancia y ajuste a eventos y realidades, mantener una autoimagen positiva, mantener el equilibrio emocional, mantener relaciones satisfactorias con los demás, estos son resultados que se esperan lograr en el tratamiento terapéutico del paciente con diabetes.

El automonitoreo para el control de la glucosa y el entrenamiento en relajación pueden ser útiles para prevenir episodios de hiperglucemia al reducir la actividad del sistema nervioso simpático. El entrenamiento para manejo de estrés, utilizando la biorretroalimentación, permite al paciente mayor tranquilidad para vigilar índice de glucosa en sangre, le prepara para tener una mejor calidad de vida, así también previene posibles elevaciones de glucosa como consecuencia de episodios de estrés. Incluir la relajación es útil para reducir la glucosa sanguínea y días necesarios de hospitalización en pacientes con complicaciones médicas (Birgitta, Rusell, Allan y Madison, 1992).

Henry, Wilson, Bruce, Chisholm y Rawling (1997), evaluaron la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo-conductual en manejo de estrés y su relación con glucosa en 19 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mediante relajación muscular progresiva y entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo. Los resultados tuvieron efectos significativos en la disminución de estrés. Los resultados en medición de hemoglobina glucosilada fueron en la dirección esperada es decir disminuyeron, pero tuvieron menor significancia estadística.

INTERVENCIÓN EN GRUPOS

A principios del año 1900, Joseph Henry Pratt trabajó con enfermos de tuberculosis, enseñándoles sobre esta enfermedad, permitiendo también que los pacientes expresaran su estado médico y espiritual, inicialmente estos grupos se llamaron consulta de control de pensamiento. Estos grupos tuvieron la finalidad de reunirse para recibir información, apoyado de material didáctico, abriendo un espacio para que cada paciente comentara sobre sus síntomas. Entre los resultados que se reportan se encuentra influir positivamente sobre el bienestar físico y emocional de sus participantes. de esta forma los pacientes se adaptan mejor a pautas del tratamiento médico, se amplía la conciencia de la sus emociones y se aumenta la capacidad para expresar directamente sus sentimientos hacia los demás (Yalom, 1975).

La terapia de grupo es un medio de apoyo para el paciente con el fin de facilitar el afrontamiento de enfermedades crónicas, la terapia grupal permite proporcionar al paciente un espacio que sirva para expresión de sentimientos y como una fuente de información para aprender técnicas de cuidado y mantenimiento de la salud.

La interacción en grupo permite ejercer presión entre los integrantes e influenciar positivamente para el cambio de actitudes, valores o conductas. Participar en un grupo da fortaleza y permite que se experimente un contagio e intensificación de emociones. La terapia de grupo se recomienda para personas con negación, baja motivación, dificultad de socialización y somatización.

Por las características que tiene un grupo desde su formación. integración y desarrollo se permite crear un ambiente propicio para el aprendizaje y como una fuente de apoyo para superar sentimientos consecuentes a una enfermedad crónica.

La experiencia de participar en un grupo facilita la identificación con los integrantes, da la sensación de conexión positiva con los demás y permite al paciente observar como otras personas enfrentan la misma enfermedad; lo que sirve como motivación para adueñarse de su tratamiento y participar activamente para la mejoría de su salud.

Los grupos varían dependiendo del líder, de sus objetivos, del entorno y de la población de pacientes, tales grupos pueden ser de tiempo limitado o ser indefinidos; algunos incluyen material didáctico relativo a la enfermedad en cuestión, otros enseñan técnicas de comportamiento para ayudar a los pacientes a dominar la sintomatología.

El grupo tiene el fin de crear un ambiente de seguridad que le permita aclarar dudas sobre su tratamiento y expresar sentimientos y sus intentos por mejorar su salud.

El paciente con enfermedades físicas acude a terapia al sentirse frustrado o asustado ante la incapacidad para mejorar. Tanto los aspectos educativos como los emocionales sirven para enseñar a aceptar que se tiene alguna enfermedad y encausar la disposición para cuidarse.

El grupo facilita la catarsis con relación al hecho de estar enfermo, al apropiarse de su enfermedad el paciente tiene la oportunidad de enfocar su atención a la evolución de su enfermedad y favorecer la expresión de sentimientos con relación a su estado de salud, haciendo factible que el enfermo acepte su situación y sea consciente de las limitaciones en que se encuentra, permitiendo disipar sus temores para reorganizar su vida y lograr mayor fortaleza.

Los pacientes con diabetes que han participado en grupos han mejorado el mantenimiento de sus niveles de glucosa, mejorando también la aceptación de su enfermedad y su adaptación. Pacientes en diferentes fases de degeneración visual que asistieron a terapias de grupo, mostraron mejor adaptación a la pérdida de visión.

La alternativa grupal permite a cada paciente la interacción entre personas que comparten una dificultad, donde se aprende tanto de la experiencia de otros como de la propia, permitiendo anticiparse a problemas que serían más difíciles de enfrentar sin el apoyo necesario y aún cuando el médico pudiera proporcionar esta atención. el apoyo grupal representa una opción para reforzar la adherencia terapéutica.

Cuando el paciente interactúa en un grupo puede compartir metas similares a partir de un problema específico, tales como aprender a afrontar a controlar estados de ansiedad y depresión al saberse con una enfermedad crónica. Dentro del grupo se comparten soluciones y formas de adaptarse más fácilmente a los cuidados que deben llevarse a cabo.

Al inicio lo más importante para un paciente es recibir información sobre su enfermedad, posteriormente la importancia de factores curativos puede cambiar para dar mas importancia a la vida emocional.

La formación de un grupo abre campo para abordar un problema específico donde la experiencia de cada uno dará pautas de solución, o de precaución, permitiendo anticiparse a la situación de conflicto, ampliando la perspectiva individual enriquecida en la interacción y dinámica grupal, más aún cuando se tiene en el grupo el apoyo de una persona experta que facilita tal participación grupal, así el apoyo del grupo es una herramienta para facilitar la adhesión terapéutica.

La participación dentro de un grupo tiene la finalidad de motivar al paciente a experimentar y modificar hábitos que ponen en riesgo el control de la glucosa en el paciente con diabetes y como objetivo final evitar situaciones que a futuro pueden representar estrés o motivo de depresión, el grupo apoya al paciente en la realización de su objetivo.

Irvin Yalom (1975), sugiere algunos factores que contribuyen a la eficacia de la terapia de grupo, entre los cuales se encuentran:

Dar esperanza, universalidad, información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamientos de imitación, aprendizaje interpersonal, cohesión grupal y catarsis.

La terapia de grupo para enfermos crónicos hace posible obtener apoyo social para afrontar la enfermedad, ya que sentirse enfermo también tiene consecuencias emocionales como sentir que se pierde el control sobre la propia vida; los pacientes pueden sentirse marginados, vulnerables, con incertidumbre sobre el futuro y el avance de su enfermedad, con desesperanza.

En el grupo se ofrece un espacio de apoyo para la expresión de temores, sentimientos y emociones, se busca disminuir ansiedades, fortalecer la estima y el autoconcepto.

La terapia de grupo se ha aplicado como una forma de intervención clínica. La psicoterapia tiene la función de apoyar la expresión de sentimientos y dificultades (Holtz y Tena-Suck, 1995; Yalom, 1975).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es una rama especializada de la salud pública que se apoya en conocimientos de psicología social, antropología y sociología.

La educación para la salud puede definirse como la preparación permanente del individuo para conocer su organismo desde el punto de vista físico, mental y social y su ambiente de vida desde su aspecto ecológico y social, con el objeto de saber vivir en salud (protección, prevención, curación) y de participar con la comunidad en la protección de la salud colectiva (San Martín, 1988).

De acuerdo con la OMS la Educación para la Salud es "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de salud".

La educación del paciente sirve para incrementar destrezas y motivación en el afrontamiento y seguimiento de los procedimientos terapéuticos de la medicina, la educación para el autocuidado en forma individual o en grupo sirve de apoyo para enseñar al paciente la observación de signos precoces de su enfermedad y para el control de necesidades educativas de salud, la educación para la salud puede darse en el ámbito escolar, laboral o comunitario, para aportar conocimientos básicos en el manejo de las conductas de la salud.

De acuerdo con este concepto las metas de la educación para la salud son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de la salud y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud. (Vega, 1992).

Green (1984) ha propuesto la ampliación del campo de la educación para la salud añadiendo cuatro áreas de intervención que son:

- A) La educación del paciente refiriéndose al incremento de destrezas y motivación en el afrontamiento y seguimiento de los procedimientos terapéuticos de la medicina.
- B) Educación en el autocuidado, que es el entrenamiento de individuos o grupos, enfermos o sanos, en la detección de signos precoces de enfermedad y en el control de sus necesidades de salud.
- C) Educación para la salud en el ámbito escolar, laboral y comunitario, como estrategia para aportar conocimientos básicos para el propio cuidado de conductas de salud.
- D) Promoción de la salud se refiere a la educación de la salud regulada por los sistemas institucionales en la promoción de las conductas de salud entre la población en general. (En Buela-Casal et al. 1996).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON DIABETES

Para lograr el control metabólico de la glucosa es necesario llevar a cabo acciones sobre la alimentación, la medicación, ejercicio físico. El equipo de salud debe preocuparse por desarrollar confianza, formar una relación de trabajo, es decir de encontrarse en alianza con el paciente, y también debe reconocer que el paciente tiene ideas no racionales y a menudo inconscientes, que son una barrera para llevar a cabo las indicaciones médicas.

La calidad de vida es un concepto de funcionalidad que abarca tanto aspectos físicos como emocionales y sociales asociados con una enfermedad y su tratamiento.

Lerman (1994) sugiere tres fases de educación para pacientes con diabetes:

EDUCACIÓN INICIAL O DE SUPERVIVENCIA. La educación del paciente con diabetes y de su familia se inicia tan pronto se establece el diagnóstico. Esta forma de educación se lleva a cabo de acuerdo a las necesidades inmediatas del paciente. La educación inicial debe cubrir en mayor o menor extensión:

1. Causas que originan la deficiencia de insulina y las diferencias entre diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.
2. La necesidad de una terapéutica permanente.
3. La importancia de una dieta como elemento clave en el tratamiento del paciente no insulino dependiente
4. El conocimiento de las complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis) incluyendo su identificación, prevención y tratamiento.
5. La enseñanza de la autovigilancia de la glucemia y de la medición de cuerpos cetónicos en orina.

EDUCACION INTERMEDIA O DE PROFUNDIDAD. Se considera oportuno iniciar esta fase de educación después de tres o cuatro semanas de establecido el diagnóstico cuando el paciente ya ha iniciado su tratamiento y su régimen de dieta.

En esta fase se refuerza y complementa el conocimiento de los temas básicos. En esta fase se enfatiza la importancia del control glucémico en la aparición de complicaciones tardías.

EDUCACION CONTINUA. La tercera etapa comprende la revisión y refuerzo periódico de habilidades y conceptos básicos, con la finalidad de adquirir los conocimientos actualizados acordes con las necesidades de cada paciente.

La educación para el paciente con diabetes incluye una variedad muy extensa de actividades como conferencias, pláticas, películas o lecturas.

En grupos se pueden organizar reuniones para lectura dirigida con el fin de permitir la participación de todos los miembros del grupo.

La educación del paciente con diabetes evalúa mediante la estimación de conocimientos teóricos, la eficiencia en la práctica de habilidades y destrezas, las actitudes hacia el estado de salud y el nivel de control clínico y bioquímico de la enfermedad.

La educación para la salud es una alternativa que debe tomarse en cuenta. El papel del psicólogo es muy importante para facilitar la adopción de mejores estilos de vida en el paciente para que acepte de manera más fácil la importancia de su participación en la vigilancia de su salud, evitarle estrés y en lo que respecta a enseñar técnicas de autocuidado como medida de apoyo; más aún cuando el paciente tiene poco tiempo de ser diagnosticado y le es difícil afrontar su situación ya que esta es una enfermedad que no se cura. El paciente con diabetes tendrá que aceptar su propia responsabilidad para cuidar su nivel de salud y evitar complicaciones, lo cual le será más fácil si expresa sentimientos, temores o malos entendidos acerca de su enfermedad y aprende a afrontar con confianza el cuidado de su salud.

Si la persona que tiene diabetes conoce aspectos básicos de su salud y enfermedad está mejor capacitado para disminuir riesgos y afrontar mejor posibles complicaciones de esta enfermedad. Tanto el médico como el paciente deben ocuparse de la detección de riesgos como obesidad, dieta no balanceada, estrés, que pongan en peligro el bienestar físico y psicológico de los participantes, apoyar la vigilancia de la salud, capacitar para la detección oportuna de factores de riesgo y mejorar la habilidad para afrontar exitosamente el autocuidado. (Lerman 1994)

La aplicación de conocimientos en acciones terapéuticas cotidianas y de evaluación esta determinada por las actitudes y motivación para llevar a cabo medidas del tratamiento. El apego a regímenes terapéuticos que tienen la finalidad de normalizar la glucemia limita la aparición de complicaciones agudas y tardías que permiten mejorar la calidad de vida.

Un tratamiento que conlleva una mayor información permite efectuar cambios más fácil, oportunamente y en forma racional.

Un paciente suficientemente informado es más cooperativo y activo ya que se encuentra en alianza con el médico, esta información debe ser la necesaria y debe acompañarse de la motivación para facilitar la ejecución de tales indicaciones.

AUTOCUIDADO

En los últimos años se ha otorgado mayor prioridad a la promoción de la salud que consiste en proveer a las comunidades de los medios necesarios para mejorar la salud ya que esta es una dimensión fundamental de la calidad de vida, es riqueza de la vida cotidiana, un recurso para el progreso personal económico y social.

Inicialmente este término fue dirigido a la población adulta, específicamente para la población mayor de 55 años. Mediante el autocuidado los ancianos pueden ejercer mayor control sobre su salud y su microambiente y estarán mejor capacitados para adoptar todo lo que contribuya con su bienestar integral, uno de los esfuerzos propuestos es favorecer en los adultos de edad avanzada la adquisición de conductas que los hagan más saludables e independientes utilizando el autocuidado como un medio eficaz para lograrlo.

La adopción del autocuidado como una estrategia, armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud.

El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud y las decisiones de utilizar tanto los sistemas formales de salud como los informales.

Esta alternativa se incorpora a la atención integral de la población a través de un proceso educativo. Son actividades de autocuidado de la salud la actividad física regular, la vigilancia de la tensión arterial, exámenes ginecológicos periódicos, la asistencia a citas de salud, la ingestión de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, el control de la glucosa y el cumplimiento de dietas específicas entre otras.

Se incluyen actividades referidas a la promoción y fomento de la salud, modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y la recuperación de la salud y la rehabilitación. El autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo y psicológico.

De acuerdo con Nebot (1989) el autocuidado es la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado es una actividad que realiza una persona madura con el fin de cuidarse a sí mismo en el ámbito donde se desenvuelve; son las conductas que se aprenden y surgen de la combinación de experiencias cognitivas y sociales. El personal de salud es considerado como agente facilitador del autocuidado. Este cuidado de la salud forma parte del patrimonio cultural de las comunidades clave en la protección y conservación de la salud.

ADHESIÓN TERAPÉUTICA

El paciente inicialmente deberá aceptar que tiene un trastorno del metabolismo y también la importancia de su participación para lograr un mejor bienestar físico y psicológico, necesita manejar adecuadamente índices metabólicos y prevenir en lo posible secuelas de la diabetes. La participación del paciente facilita la puesta en práctica de los comportamientos recomendados, las cuales incluyen: tomar parte y dar continuidad a un plan de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a revisiones, tomar medicamentos como son prescritos, modificar el estilo de vida en áreas de alimentación, ejercicio y manejo de estrés, realizar correctamente el régimen domiciliario y evitar comportamientos de riesgo.

El término adhesión (adherence) denota un compromiso de colaboración activa y con intención del paciente, implica un curso de conducta mutuamente aceptado con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.

Meichennbaum y Turk (1991), señalan la adhesión como el grado en que una conducta coincide con la indicación médica o de la salud. Por ejemplo tomar un medicamento o seguir una dieta.

Rodríguez (1999) establece el Modelo para la Descripción y Modificación de la Conducta (MCMC) para facilitar la adherencia al tratamiento de salud, en el que se señala recomendaciones importantes en el tratamiento:

A) "Diagnóstico educativo" durante la historia y entrevista médica con el fin de evaluar percepciones del paciente sobre la susceptibilidad hacia su propia condición, su aceptación de diagnóstico, valores, normas sociales, su percepción de la severidad de su condición y creencias acerca de la eficacia del tratamiento prescrito, motivación para cumplir; identificando barreras de adhesión como miedo a efectos colaterales, dificultades del paciente, falta de información, etc.

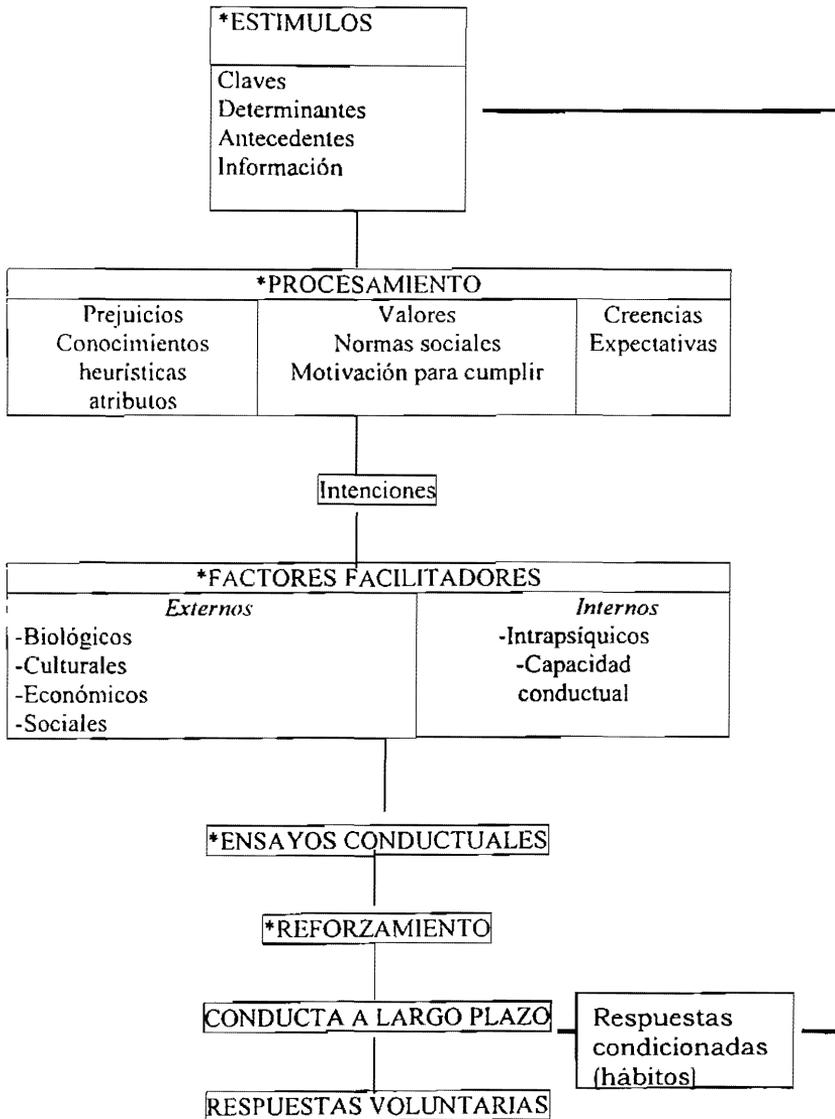
B) El establecimiento de prioridades dentro del régimen e incorporación gradual de recomendaciones. En esta etapa de intervención el papel del paciente se refiere a la adhesión para ejecutar el plan terapéutico, comprende el iniciarlo y mantenerse dentro de un programa de salud, incluye el uso correcto de medicamentos prescritos y realizar cambios necesarios en el estilo de vida evitando conductas contraindicadas.

C) Solo si es clínicamente necesario modificar dosis a favor del bienestar del paciente y para facilitar el mantenimiento de conductas aprendidas.

La adhesión a planes terapéuticos tiene el objetivo de normalizar la glucemia mediante la enseñanza de estrategias de autocuidado con el fin de mejorar la calidad de vida y limitar la aparición de complicaciones agudas y tardías.

Este Modelo para la Descripción y Modificación de la Conducta (Rodríguez, 1999) presenta una estructura de trabajo que facilita la adhesión del paciente al tratamiento:

MODELO PARA LA DESCRIPCION Y MODIFICACION DE LA CONDUCTA (MDMC)



*puntos disponibles para intervenir.
Rodríguez (1999).

En este modelo se requiere entrevistar y dar información al paciente como un *estímulo* inicial para establecer conductas esperadas en el tratamiento. Esta información consiste en explicarle acerca del padecimiento, de la medicación prescrita y de las instrucciones necesarias para tomarlo adecuadamente aclarándole resultados esperados, posibles efectos secundarios y contraindicaciones, así como las conductas que se esperan de el paciente. Se anima al paciente a que el comente lo que ha comprendido, posteriormente se cuestiona de posibles olvidos y se dan sugerencias, aquí las *señales* se refieren a claves para reducir olvidos, tales como dejar medicamentos cerca del despertador, escribir mensajes o tener una agenda como recordatorio.

El *procesamiento* es la asimilación, transformación y evocación de información mediante juicios. Hay diferentes formas que incluyen estos juicios:

Creencias. El paciente cree que las conductas preescritas conducen a resultados. Es importante para el médico establecer una relación de confianza y apoyo, mostrar interés, calidez, transmitiendo una sensación de esperanza y optimismo.

Expectativas. Se refiere a evaluar la estimación de consecuencias de la enfermedad que da el paciente investigando que tan capaz se siente el paciente de incidir para reducir esta amenaza. Es necesario comentar con el paciente acerca de costos y riesgos versus beneficios de seguir el tratamiento, de posibles ajustes, explicar que inicialmente el paciente puede experimentar solo una parte de los efectos del tratamiento terapéutico, el medicamento no tiene un efecto inmediato más bien se observará una respuesta gradual.

Normas sociales. Indica las creencias de la persona, de lo que grupos o personas piensan de si debe o no realizar una conducta, el paciente guía su conducta juzgando si tal conducta es esperada en su grupo de referencia. El profesional de salud puede organizar reuniones donde participen miembros de la familia y personas importantes para el paciente para expresar inquietudes y esperanzas respecto al tratamiento y recuperación.

Motivación para cumplir. Señala la fuerza de presión social percibida y el impacto sobre la conducta, varía de acuerdo al deseo del paciente para cumplir con las preferencias de la referencia (individual o grupal).

La *intención* es la suma de actitudes individuales hacia la conducta como las creencias de que la conducta conduce a resultados, la evaluación de esos resultados y de las normas sociales implicadas, sumadas al deseo de la persona para cumplir. El profesional de la salud debe lograr que el paciente exprese intenciones positivas de realizar la nueva conducta esperada.

Los *factores facilitadores* son características del ambiente, destrezas o recursos para conseguir una conducta, permiten que una intención se lleve a cabo. Después de evaluar obstáculos de adhesión terapéutica se incide para apoyar al paciente a derribar estas barreras.

Ambiente externo. Se refiere a manejar todo lo necesario en el ambiente externo para facilitar una conducta, ejemplo es simplificar la complejidad, haciendo habitual el cumplimiento, simplificando el acceso a servicios de salud, integrando a pacientes en grupos de apoyo, se refiere también a:

Manejo de recursos. Facilitando el manejo de medicamentos.

Ayudas sociales y culturales. Si es necesario se implica a otras personas como familia, amistades, grupos.

Ambiente interno. Son factores personales como confianza, emociones, habilidades. Hay factores psicológicos que afectan la confianza personal para realizar conductas específicas y dificultan adquirir respuestas de afrontamiento para manejar emociones, al respecto es necesario evaluar miedos, inquietudes acerca de una adicción y estigma social, el personal de salud debe promover discusiones acerca de cualquier duda o inquietud del paciente para reducir temores. Respecto a la aptitud conductual se pueden usar autorregistros, ayudando a paciente a idear formas de recordar tomar el medicamento y el uso de señales recordatorias.

Hay factores que mejoran la adherencia terapéutica y se enlistan a continuación:

- Supervisión cercana del profesional del profesional de la salud.
- El grado de estabilidad familiar y la supervisión incrementa la adhesión al tratamiento.
- La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento e implicaciones de no recibir el tratamiento adecuado.
- Habilidades de cada paciente relacionadas con disciplina y planeación.
- El grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos.

Los *ensayos conductuales* son esfuerzos iniciales para ejecutar la nueva conducta en partes sencillas en una secuencia conductual dividida en componentes manejables que permita al paciente tener éxito en su actuación. Los éxitos repetidos sirven para incrementar la autoeficacia y para realizar combinaciones más difíciles en la secuencia conductual.

El *reforzamiento* es una recompensa o castigo antes o después de una conducta por ejemplo:

Recompensas positivas.

Elaborar un contrato de adherencia para lograr recompensas.

Elogie informando éxitos y prácticas adecuadas al reducir riesgos.

Contacte personas significativas quienes expresaran aprobación a las modificaciones de conducta del paciente.

Señale al paciente que es recompensante para el profesional observar que el paciente cambia activamente hacia buenos resultados.

Consecuencias negativas

Revise con el paciente costos a corto y largo plazo de la no adherencia como síntomas desagradables, probabilidades.

Revise el contrato conductual especificando consecuencias negativas.

Haga visible pérdidas a no continuar con un tratamiento.

Informe al paciente que la no adherencia prolongada conduce a opciones de tratamiento invasivas y caras.

Indique al paciente que al continuar la no adherencia se aumentará el número y frecuencia de consultas de seguimiento.

Es muy importante en todo momento especificar cuales son los factores que contribuyen a la no adherencia, rediseñe el plan adecuado discuta barreras potenciales y habilidades requeridas.

La *conducta a largo plazo* se refiere a dar continuidad a las conductas aprendidas. puesto que la adherencia es una prioridad es necesario preguntarse específicamente y de rutina acerca del curso del tratamiento.

Se señalan algunas directrices generales para el personal de salud que desea promover la adhesión terapéutica como *conducta voluntaria* del paciente:

1. Relación cordial. Expresar interés por el paciente, conocimiento y seguridad de diagnóstico y de tratamiento, expresar confianza en el tratamiento.
2. Anticipar la falta de adhesión. Conocimiento de variables implicadas. entrenamiento en entrevista clínica para facilitar la adhesión.
3. Descripción de la enfermedad. Proporcionar información y corregir errores y expectativas usando estrategias de comunicación eficaces.
4. Conocer y tener presentes los objetivos del paciente dentro de las posibilidades clínicas. Respecto a la evolución de sintomatología, repercusiones en el estilo de vida y rutinas cotidianas, demandas familiares, sociales. laborales y tomar en cuenta repercusiones emocionales.
5. Establecer metas terapéuticas. Jerarquizar de acuerdo con criterios clínicos.
6. Simplificar el tratamiento. En lo posible reducir número de preparados en dosis mínimas, horarios establecidos, flexibles a facilitar su ingestión.
7. Negociar cambios con el paciente. Introducción gradual de componentes, discutir relación costo-beneficio de adhesión o no adhesión.
8. Ofrecer entrenamiento en competencias requeridas por el paciente. Mediante información correcta, suficiente y operativa. Estas instrucciones son útiles. Para la ejecución eficaz de habilidades específicas es necesario realizar ensayos de la conducta, empleando modelos, dando instrucciones, ofreciendo retroinformación y reforzando los logros. Observando y evaluando el cumplimiento, supervisando y moldeando progresivamente. Desarrollando competencias de autorregulación, aplicando modelos específicos de modificación de conducta.
9. Prever beneficios y manejar los inconvenientes en relación al estado del paciente y a su repercusión en su vida diaria e interacción social.

Los métodos comunes para evaluar adherencia incluyen monitoreo biológico, evaluación del profesional de salud, uso de aparatos de monitoreo y autorreportes; el automonitoreo ofrece la ventaja de dar información inmediata. contar cantidades de medicamentos tomados sirve para averiguar si se han ingerido correctamente. El autoreporte es un instrumento común en la entrevista y evaluación de profesionistas de la salud.

CAPITULO IV

FORMACIÓN DE GRUPOS EDUCATIVOS

PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

CONCEPTO DE GRUPO

Para comprender la importancia de la participación en grupos se explicará que son los grupos y cuales son sus características, de acuerdo a sustentos teóricos de los grupos se tratarán sus beneficios para el aprendizaje y su importancia en la educación para la salud y el autocuidado.

Existen diversos puntos de vista que definen el término de grupo. pertenecer a un grupo social implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas, el grupo es un todo dinámico basado en la interdependencia más que en la similitud, tal concepto nos induce a pensar que las diferencias encontradas en los miembros de un grupo dan pauta a la interacción, intercambio, comunicación, diversidad, complementariedad y movimiento. La interacción en camino a lograr metas comunes indica la formación de grupos (Cartwright y Zander, 1974; González, Monroy y Siberstein, 1994).

Para González, et al. (1994) el grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan e interfuyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes, sus integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta basándose en una serie de normas y valores que ellos han creado o modificado

El grupo es un sistema organizado de dos o más individuos que se interrelacionan estructurando un sistema para desempeñar ciertas funciones. se propone una tarea que es su finalidad, en el grupo se establecen roles o papeles entre los individuos y se definen las normas que regulan las funciones del grupo y de cada uno de sus miembros. Un grupo es un conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, se articula por su mutua representación interna.

En esta pluralidad de individuos en la que se hallan en contacto los unos con los otros, se toma en cuenta la existencia de unos y otros, además se tiene conciencia de algún elemento común de importancia. El grupo se forma para lograr objetivos comunes, para realizar una actividad conjunta, es una continuidad de personas interactuantes para lograr objetivos de los que se toma conciencia.

La interacción entre los miembros del grupo es un elemento eficaz para cambiar cualitativamente al individuo, el aprendizaje surge de la participación de cada integrante del grupo. Los miembros de un grupo acuerdan y trabajan organizadamente para lograr un propósito común, actuando dentro de un espacio social de intercambio. El individuo que interactúa y trabaja en grupo espera avanzar de la inmadurez a la madurez, de la dependencia a la independencia, la comunicación debe resultar en cambios positivos.

En una reunión de individuos existe interacción de fuerzas y energías, para que exista un grupo es necesario que exista interacción entre las personas y conciencia de relación común; entre sus miembros debe existir una verdadera relación personal y comunitaria ya que cada uno tiene en cuenta la existencia de los demás. La interacción ejerce influencia en cada miembro; el clima afectivo puede favorecer la apertura, la autenticidad y en último término hacer que cada miembro se exprese ampliamente. En un

grupo es posible tomar decisiones y hacer valoraciones, cuando existe una atmósfera emocional propicia se enriquece la capacidad intelectual y emocional de cada miembro por separado.

González, et al. (1994) enfatiza la utilidad de los grupos ya que tanto el individuo como el grupo ejercen efectos terapéuticos entre sí, ayudando a superar problemas personales, vencer inhibiciones, disminuir tensiones, crear sentimientos de seguridad, desarrollar capacidades de cooperación, intercambio, autonomía y responsabilidad beneficiando también la capacidad de creación.

De acuerdo con Andueza (1986) un clima favorable se favorece cuando se eliminan tensiones, existe claridad de objetivos, hay acuerdo entre los miembros, así se constata el logro de objetivos y existe una buena interrelación entre sus miembros.

De ahí la ventaja de formar grupos para potencializar el aprendizaje para el autocuidado. En la interacción grupal cada paciente experimenta por sí mismo su capacidad de participación para aportar su experiencia al grupo, de la misma forma aprovecha y aprende de la experiencia de otros, ampliándose la perspectiva individual. A cada integrante del grupo le sirve de apoyo contar con la interacción grupal.

A través de la interacción grupal no solo se aprende, también se enriquece cada persona en su relación humana. Utilizar los beneficios del grupo facilita el aprendizaje para la vigilancia de la salud en una enfermedad crónica y fomenta la adhesión al tratamiento médico, ya que cada paciente resuelve dudas y es coherente con el autocuidado de su salud, participar en el grupo es un reto y a la vez es una fuente de satisfacción a necesidades de sus miembros de autorrealización, reconocimiento, de interacción social y de pertenencia.

CARACTERÍSTICAS DE GRUPOS

Cartwright y Zander (1974) enfatizan las características más importantes de los grupos:

- a) Se definen entre sí como miembros.
- b) Sus miembros participan y tienen interacciones frecuentes.
- c) Otros los definen como pertenecientes al grupo.
- d) Comparten normas respecto a temas de interés común.
- e) Participan en un sistema de papeles entrelazados.
- f) Se identifican entre sí como resultado de haber buscado el mismo objeto modelo o los mismos ideales.
- g) Encuentran que el grupo es recompensante.
- h) Persiguen metas interdependientes.
- i) Tienen una percepción colectiva de su unidad.
- j) Tienen a actuar de modo unitario respecto al ambiente.

Sus miembros se identifican por un nombre o tipo. Los miembros se consideran como un grupo; cada uno percibe a los demás en forma individual y en una relación social recíproca.

Hay solidaridad e interdependencia entre las personas. Tal dependencia es recíproca en la satisfacción de necesidades, la ayuda entre los miembros es mutua.

El grupo puede comportarse como organismo unitario. Cada uno reconoce a los integrantes del grupo, también en el medio externo se le reconoce como grupo.

Los grupos formales se crean con el fin de cumplir objetivos comunes y realizar tareas concretas que se relacionan con la finalidad de una organización. La actividad en el grupo es permanente y dinámica, la actividad responde a los intereses y valores de cada una de las personas. Los roles de las personas están definidos, diferenciados e interconectados. El beneficio grupal es meta de cada integrante. Los integrantes participan en los mismos propósitos o ideales que no se podrían lograr en forma individual, dando lugar a que cada miembro se identifique con el grupo. El grupo es de atracción para sus miembros mediante la satisfacción de necesidades individuales en la interacción social.

El grupo proporciona satisfacciones afectivas, gratificaciones psíquicas o placeres. Posee intensidad en las relaciones afectivas lo cual da lugar a la formación de subgrupos de acuerdo a su afinidad. En un grupo existe cohesión. Cada miembro se identifica con los demás, existe lealtad a sus compañeros y se participa para defenderlo contra ataques externos.

El grupo es sensible hacia las expectativas mutuas, su estructura implica la forma de organización, funciones, reglas de comunicación. El grupo posee su propio código o lenguaje, así como sus propias expectativas, creencias y normas que comparten.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO GRUPAL

Entre los miembros de un grupo se producen fenómenos como la atracción, repulsión, tensión que determinan una dinámica, la cual debe ser dirigida hacia la integración, disolución de conflictos y trabajo grupal. (Cartwright y Zander, 1974; Gibb, 1974; González, et al. 1994).

Existen factores que sirven para comprender las actitudes de integrantes y al mismo grupo como unidad, estos factores determinan la iniciación, curso, desarrollo y finalización de un sistema grupal.

Antecedentes. Algunos son que el grupo se reúna por primera vez o se haya reunido con anterioridad y la claridad de su finalidad.

Esquema de participación. La dirección de las relaciones existentes es unidireccional, bidireccional o multidireccional en su comunicación. A mayor participación para el logro de objetivos comunes menor es el grado de resistencia a cambios, mayor es la productividad y satisfacción personal.

Comunicación. Proceso a través del cual es posible la transmisión de ideas, sentimientos o creencias entre las personas. Puede ser intergrupo o intragrupo, debe involucrar a todos los individuos que son informados.

Cohesión. Se refiere al grado de atracción que existe entre los miembros puede manifestarse en una atmósfera de cooperación, integración y relaciones humanas satisfactorias.

Metas. Fines hacia los que se dirigen las actividades del grupo, se relacionan también con los fines individuales.

Papeles y roles. Son pautas de acción que indican el rango que se ocupa y el rango de acción.

Normas. Son reglas que rigen el comportamiento de los individuos, propician una estructura para el logro de objetivos.

Procedimientos. Son los medios para lograr objetivos, siendo flexibles ante imprevistos.

Patrón sociométrico. Son las relaciones de amistad o antipatía entre los miembros que afectan la atmósfera, comunicación e interacción.

Estructura y organización. Se refiere a la división de trabajo, ejecución de tareas y convenios basados en criterios de influencia, poder, habilidad, antigüedad.

La conformación y desarrollo del proceso grupal tiene como requisitos:

- a) Compartir el logro de objetivos, un núcleo de interés, con la fuerza suficiente que concentre la reflexión y la práctica de transformación para dirigir esfuerzos hacia una meta.
- b) Tener un sentido de pertenencia, tener la conciencia de *nosotros*, pensar y pensarse en grupo.
- c) Que cada uno de los miembros del grupo tenga una función propia y flexible para el logro de objetivos, evitando roles rígidos.
- d) Contar con una red de interacción y comunicación permitiendo el intercambio, la confrontación de diversos puntos de vista y la integración de los criterios de grupo respecto a un problema.

- e) Que los miembros tengan la oportunidad de participar en la detección y solución de problemas como procedimiento necesario para el aprendizaje.
- f) El grupo debe reconocerse como fuente de experiencia y de aprendizaje, capaz de generar reflexión y modificación de pautas de conducta.
- g) Cada persona tiene importancia así como sus conflictos, motivaciones intereses y contradicciones como a las metas de aprendizaje.

Pasar de formar un conjunto a formar un grupo depende de las expectativas, claridad de la tarea, miedo a la pérdida de la individualidad. Para que un grupo avance hacia el logro de sus objetivos conviene preparar un clima adecuado de aprendizaje, de libertad para pensar, expresar, compartir experiencias, proponer, analizar, criticar y acordar.

DINÁMICA GRUPAL EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE

Conocer el proceso grupal y su dinámica permite aprovechar las posibilidades y potencialidades de los grupos para alcanzar objetivos de aprendizaje.

Un grupo no es la suma de sus miembros; es una estructura que emerge de la interacción de los individuos y que resulta en cambios en los individuos. El comportamiento de un individuo en grupo se determina por una situación presente, las reacciones de cada individuo dependen en última instancia de la interacción entre su personalidad y la personalidad de otros miembros del grupo (Cartwright y Zander, 1974).

El grupo es una fuente generadora de aprendizaje; el aprendizaje de grupo es un proceso de transformación mutua ya que la persona cambia por la influencia del grupo y este se modifica por la acción de cada uno de sus miembros. El aprendizaje grupal es de mayor significado cuando surge en la relación interpersonal.

El cambio conductual en la dinámica grupal se da como resultado de la interacción en el intento de la apropiación del aprendizaje. En el aprendizaje grupal se establecen relaciones entre el grupo y el objeto de estudio, haciendo posible la confrontación de diferentes marcos de referencia. Las situaciones nuevas se integran a las ya conocidas involucrando a la totalidad del grupo tanto en aspectos cognitivos como afectivos y sociales.

La tarea de grupo es el enlace de los intereses del grupo, es el objetivo de reunión que sirve de criterio para la elección de medios y procedimientos de funcionamiento. La cohesión grupal favorece el logro de la tarea. Si la tarea es aceptada y asumida por todos los miembros se logra el compromiso.

Aprender es cambiar, este proceso implica resistencias, por lo que el coordinador del grupo deberá admitir y tolerar la tensión y usarla a su favor en la dirección de grupos haciendo posible el ambiente propicio para cuestionar. Aprender implica abandonar ideas que se consideraban como verdaderas, modificar puntos de vista, formas de sentir o maneras de actuar. El grupo se plantea cambios posibles, realistas y alcanzables, adquiere conocimientos básicos para afrontar experiencias de aprendizaje con mayor posibilidad de alcanzar resultados deseados.

En la decisión de cambio pueden existir conflictos, la contraposición de motivaciones e intereses contradictorios. La función de coordinador consiste en animar y favorecer la expresión, la retroalimentación y la modificación de esquemas referenciales por medio de una comunicación permanente, profunda y comprometida.

La integración es percibida como un estado de ánimo grupal en un ambiente de cooperación y comunicación, centrándose en una tarea y compromiso. La interacción y la comunicación favorecen un clima adecuado para la modificación significativa de la conducta de los individuos.

Una de las dificultades en la integración grupal surge del miedo a perder la individualidad y quedar fusionado en una masa sin forma, lo único que se pierde es el individualismo al lograr la cooperación.

Cuando no existe la identificación con los objetivos grupales, cuando persisten conflictos interpersonales, la comunicación se hace deficiente, aparece la competencia en forma individualista, lo que es grave no es la aparición de conflictos, sino su solución oportuna ya que es lo que conduce a la cohesión y madurez del grupo.

Gibb (1974) propone ocho principios básicos para el coordinador de grupo, que facilitan la integración grupal y a su vez abren un espacio adecuado para el aprendizaje y el trabajo de grupo:

1. *Ambiente.* El grupo debe actuar dentro de un ambiente físico favorable. cómodo dispuesto de modo que facilite la interacción entre sus miembros. Es recomendable que los miembros puedan verse cómodamente para intercambiar ideas cara a cara.
2. *Reducción de intimidación.* Las relaciones interpersonales deben ser amables, cordiales, francas, de aprecio y colaboración, actuar en grupo puede producir sentimientos de temor, inhibición, hostilidad o timidez, en cambio la reducción de tensiones favorece la formación y trabajo grupal.
3. *Liderazgo distribuido.* Todo grupo requiere una conducción que facilite la tarea y favorezca el logro de objetivos, esta función debe distribuirse en todo el grupo para favorecer la participación y actividad.
4. *Formulación del objetivo.* Al establecerse claramente los objetivos de grupo con la participación de todos los miembros se incrementa la conciencia de grupo. se responde a las necesidades del grupo, existe sentido de unidad se trabaja con mayor interés.
5. *Flexibilidad.* Si por nuevas necesidades es necesario cambiar objetivos debe existir una actitud flexible que facilite la adaptación constante a nuevos requerimientos. debe evitarse reglamentos rígidos ya que estos entorpecen la tarea de grupo.
6. *Consenso.* Debe buscarse el acuerdo mutuo entre todos los miembros.
7. *Comprensión de proceso.* El grupo debe aprender a distinguir entre la actividad misma del grupo. la forma como se actúa, las actitudes y las reacciones de los miembros, (tensiones. solución de conflictos) para facilitar el logro de objetivos y ayudar a sus miembros en el momento que se requiera.
8. *Evaluación continua.* Este punto se refiere analizar en grupo si los objetivos y actividades responden a las conveniencias e intereses de los miembros. el examen continuo de la satisfacción grupal y el logro de objetivos permite introducir cambios y orientar la tarea grupal.

PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Aprender implica la modificación más o menos estable de pautas de conducta y es resultado de una construcción cognitiva, de la práctica y la experiencia. Al enseñar se llevan a cabo acciones para organizar, dirigir y facilitar el aprendizaje.

La *sistematización de la enseñanza* permite planear, conducir y evaluar todos los elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje en un orden lógico y secuencial.

Jiménez, González y Ferreres (1989) hacen referencia a un modelo didáctico básico que se ajusta a tres grandes bloques en el proceso de enseñanza-aprendizaje:

- ◆ **PLANEACIÓN.** Contempla la especificación de objetivos, selección de actividades de aprendizaje, diseño y elaboración de instrumentos de evaluación.
- ◆ **INSTRUCCIÓN.** Implica llevar a la práctica lo planeado o diseñado. Se refiere a la instrucción es decir a la ejecución del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- ◆ **EVALUACIÓN.** Análisis e interpretación de resultados tomando en cuenta un estado inicial de conocimientos, habilidades o actitudes observados en un principio, los cambios observados en tal proceso y los resultados obtenidos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PLANEACIÓN

Armstrong, Cornell, Kraner y Roberson (1973) señalan la importancia de la elaboración de objetivos en la planeación de la enseñanza, ya que es necesario identificar un fin que de la pauta hacia donde se quiere llegar. Objetivo significa alcanzar algo en una dirección específica, es una situación, hábito o comportamiento que se considera deseable para la población, en forma individual o colectiva y que se tiene intención de lograr en un periodo determinado.

Es importante definir correctamente objetivos de aprendizaje que se pretenden alcanzar describiendo claramente conductas que el individuo deberá demostrar una vez que ha finalizado su instrucción.

Los objetivos de aprendizaje constituyen un instrumento que comunica el "a donde se quiere llegar" lo que sirve de guía y orienta a la selección de contenidos, metodología y experiencias de aprendizaje; facilitan la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes incluidas en los objetivos previamente formulados.

Las características de los objetivos son:

Esta dirigido al alumno, quien le ejecuta como resultado de la instrucción.

Se redacta en forma de conductas observables y viables, que permita verificar si el alumno logro o no e objetivo deseado.

Especifica el criterio o nivel de ejecución aceptable de la conducta esperada.

Delimita las circunstancias o condiciones en que se efectuará la conducta, los puntos de referencia y los procedimientos o ayudas.

En cuanto a la especificación de objetivos de aprendizaje Armstrong, et al. (1973) diferencian tres niveles de objetivos, estos pueden ser generales, particulares y específicos.

El nivel de generalidad es relativo, hace referencia a lo último que desea lograrse, puede ser general en un contexto pero no serlo en otro.

El objetivo particular es lo que se requiere lograr a mediano plazo, al final de una unidad.

El objetivo específico es lo que se plantea lograr a corto plazo o inmediato plazo, por ejemplo en cada uno de los temas que constituyen una unidad o módulo. (Armstrong, Cornell, Kraner y Roberson, 1973; Jiménez, González y Ferreres, 1989).

Selección de actividades de aprendizaje. Planear la instrucción facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje, dando la pauta para que tal aprendizaje sea significativo, tenga una secuencia, sea integral y que sea observable. (Andueza, 1986).

Mediante la selección de actividades de aprendizaje es que se planean las tareas, técnicas, recursos y procedimientos, para llevar a cabo los objetivos propuestos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Algunos parámetros útiles en la selección de actividades son:

- A) Que el alumno viva ciertas experiencias acordes con la conducta del objetivo propuesto. De ahí la importancia de delimitar claramente el objetivo.

- B) Que las actividades de aprendizaje propicien satisfacción del alumno, proporcionando aprendizajes significativos.
- C) Que dichas actividades sean posibles, tomando en cuenta las posibilidades del alumno.
- D) Las actividades de aprendizaje son diversas para el logro de un objetivo y adaptadas a las necesidades específicas de su grupo y situación.
- E) Una actividad puede lograr diversos objetivos de aprendizaje.

Las técnicas didácticas deben utilizarse considerando los objetivos de aprendizaje que se pretende alcanzar y las siguientes condiciones:

- ◆ El “aquí y ahora” del grupo.
- ◆ El tamaño del grupo.
- ◆ Condiciones de espacio, tiempo, recursos.
- ◆ Características de los participantes, interés, experiencia, nivel escolar, expectativas.
- ◆ Conocimiento y habilidad del instructor para su adecuada aplicación.

Elaboración de instrumentos de evaluación. La evaluación es necesaria para conocer en que grado se alcanzaron los objetivos de enseñanza. Mediante cuestionarios, listas cotejables y exámenes se intenta medir conocimientos, actitudes o habilidades alcanzadas. En su elaboración se toman en cuenta objetivos que deseamos alcanzar. Los instrumentos de evaluación harán visible y concreta la detección de carencias en el aprendizaje, así como logros en el proceso de enseñanza-aprendizaje que sirven como sustento para la toma de decisiones en dirección a reforzar o ampliar información.

INSTRUCCIÓN

El aprendizaje grupal es un proceso de elaboración conjunta en el que el conocimiento no se da como algo acabado, en el aprendizaje centrado en el grupo el conocimiento no es algo terminado es una elaboración conjunta que parte de situaciones problema. en donde se analiza se proponen alternativas, se identifican metas y medios de solución o alternativas y se evalúan resultados.

La instrucción es la acción de transmitir en forma sistemática información conocimientos o habilidades para guiar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La enseñanza representa una serie de acciones encaminadas a organizar, dirigir y facilitar el aprendizaje.

El aprendizaje se define como la modificación más o menos estable de pautas de conducta. opera en un nivel de totalidad y es resultado de la práctica o de la experiencia.

El proceso enseñanza-aprendizaje es el conjunto de actividades organizadas donde los elementos que intervienen guardan una interacción cuyo resultado es una modificación más o menos estable de pautas de conducta.

Para organizar las actividades de aprendizaje ya seleccionadas se deben seguir principios de continuidad, secuencia e integración:

Continuidad. Es el ritmo y constancia con que un mismo objetivo de aprendizaje se presenta al alumno. Se refiere a la *periodicidad* con que un alumno practica una capacidad determinada, es decir buscar la oportunidad de práctica continua.

Secuencia. Es el grado de complejidad con que se manifiesta la conducta de aprendizaje, al principio puede darse en el ámbito básico, solo posteriormente se irá desarrollando en *forma progresiva* en dificultad o complejidad. dando continuidad paso a paso de lo sencillo a lo complejo logrando una secuencia del aprendizaje deseado.

Integración. Se refiere al efecto *unificador* con relación a las conductas aprendidas que maneja el alumno. La organización de tareas debe ser tal que ayuden a visualizar un objetivo final.

Las técnicas didácticas son procedimientos operativos concretos que sirven como medio para alcanzar un objetivo de aprendizaje delimitado y cuya aplicación es orientada por un método de enseñanza (Andueza, 1986).

Es importante aclarar que dichas técnicas facilitan la consecución de metas en el proceso de enseñanza-aprendizaje activando tanto motivaciones individuales como la dinámica grupal, propiciando la integración, interacción, la comunicación y facilitando el aprendizaje.

Los métodos de enseñanza deben orientarse hacia una participación más significativa del alumno. Quienes participan en la discusión grupal aprenden más y con mayor rapidez. (Andueza, 1986; González, et al. 1994).

EVALUACIÓN

La evaluación debe ser integral, continua y participativa. Es integral por que no toma en cuenta únicamente conocimientos adquiridos, sino también la personalidad del alumno en cuanto a habilidades y actitudes. La evaluación es parte integral del proceso enseñanza-aprendizaje desde el diagnóstico hasta su culminación y debe realizarse en forma permanente.

La evaluación proporciona datos pertinentes y oportunos para la toma de decisiones en el seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje; sirve para reconocer avances y logros, reforzar y continuar, detectar problemas u obstáculos o modificar el proceso de enseñanza para incrementar resultados positivos.

Para facilitar la evaluación se enlistan tres momentos o etapas de evaluación:

Evaluación inicial. Permite ubicar el nivel de conocimientos, habilidades que poseen los alumnos y si son suficientes, aclara y replantea las actividades de aprendizaje en función de las características grupales, da pauta a tomar medidas antes de iniciar la tarea de enseñanza. Todos los recursos materiales y humanos en la instrucción son susceptibles de ser evaluados.

Evaluación de proceso. Proporciona retroinformación sobre la actuación de los alumnos, de sus experiencias de aprendizaje lo que permite verificación que se va por una ruta adecuada de enseñanza, también sirve para dar continuidad. Mediante la retroinformación se suministra tanto al alumno como al maestro información sobre el grado de avance, destacando aciertos, haciendo notar errores y motivando la continuidad en la formación.

Este proceso de análisis e interpretación debe realizarse de manera formativa, integral y participativa, la información obtenida sirve durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. La evaluación es permanente y dinámica, la evaluación coadyuva a la toma de decisiones durante el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje; tiene una función muy importante como medio permanente de apoyo, guía y para orientar un pensamiento crítico y creativo.

Proporciona datos oportunos para tomar decisiones en la corrección de métodos, técnicas y/o material.

Evaluación final. Se usa para comprobar lo que el alumno es capaz de hacer al término del proceso de enseñanza-aprendizaje sobre el aprovechamiento respecto a los objetivos generales de aprendizaje y para evaluar el mismo proceso de enseñanza en cuanto a metodología. Así también da la dirección para futuras intervenciones y da la pauta para dar continuidad a tal proceso de enseñanza-aprendizaje (Jiménez, et al. 1989).

La selección y aplicación de instrumentos de evaluación sirven de apoyo en el análisis e interpretación de resultados; la evaluación final se refiere a tareas que permiten emitir juicios y tomar decisiones sobre los elementos más importantes a evaluar, acerca de cómo y en qué grado fueron alcanzados los objetivos de aprendizaje.

La oportunidad de educación en forma continua que se de al paciente dará la pauta para profundizar y especificar temas de instrucción y formas de evaluación.

Debido a que la instrucción se planea de acuerdo a las necesidades del paciente se enseñará de lo general a lo particular y se profundizará de acuerdo a las demandas y comprensión que el paciente tenga de su enfermedad; algunas pautas para evaluar son el seguimiento de un plan alimenticio, aplicación adecuada de insulina si esta es necesaria. monitoreo de glucosa de acuerdo a la prescripción médica. la realización de ejercicio regular, pero también es muy importante evaluar el estado de ánimo del paciente. minimizar dificultades y vigilar su estado de bienestar emocional.

Incluir diversos recurso educativos como publicaciones. cassettes, libros. información sobre productos. grupos de autoayuda, grupos deportivos. facilita un ambiente propicio para facilitar el seguimiento de un plan educativo. por otra parte la evaluación es necesaria como proceso que orienta y guía el plan de educación.

CAPITULO V

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica evolutiva, es condicionada por factores ambientales y hereditarios. Altera el metabolismo intermedio de carbohidratos, proteínas y lípidos, dichas alteraciones llevan a daños vasculares y neurológicos.

La diabetes mellitus es un problema de salud pública, en nuestro país se registra un aumento en la proporción de muertes atribuidas a esta enfermedad. En los 70's la diabetes fue una de 10 principales causas de mortalidad en México; hacia 1990 la tasa su mortalidad aumentó de 15.2 a 31.7 por 100.000 habitantes, en 1990 la diabetes mellitus fue la cuarta causa de mortalidad en nuestro país.

En México prevalece en 10.6% en mujeres y de 6% en hombres, los grupos de edad que predominan son de 55 a 64 años. Actualmente se incrementa la demanda de hospitalización por diabetes mellitus; para afrontar este problema de salud pública la medicina ha tenido un papel prioritario en la atención a la salud en la diabetes y en la prevención de complicaciones, sin embargo el tratamiento ideal de la diabetes incluye el control dietético, ejercicio y mejoramiento de la calidad de vida.

Una dificultad en la adhesión al tratamiento es que para el paciente es más fácil seguir indicaciones para tomar medicamentos, sin embargo indicaciones como continuar una dieta, realizar ejercicio o manejar el estrés es más complicado y al formar parte del tratamiento son motivo para que el paciente desista del tratamiento y deje de asistir a la consulta médica. Aún cuando el médico lleve un control cuidadoso, si el paciente no es constante en su esfuerzo por controlar su enfermedad tendrá mayores riesgos de acelerar complicaciones irreversibles, en las que queden dañados diversos órganos del cuerpo y en consecuencia tendrá riesgo de daños psicológicos y situaciones de estrés.

Diversas investigaciones muestran que la educación para diabéticos, respecto a como evitar complicaciones es útil para que éste tenga mejor conocimiento de su padecimiento y de como se pueden disminuir factores de riesgo, además de ser una oportunidad de interactuar con otros pacientes en las mismas condiciones, expresar inquietudes y compartir experiencias de cuidado en esta enfermedad, facilitando su afrontamiento.

Por ello la educación para la salud y la enseñanza de hábitos para lograr un mejor nivel de vida son medidas adecuada para evitar consecuencias graves de esta enfermedad.

La intervención del psicólogo es importante para favorecer un mejor nivel de vida, haciendo que el paciente acepte la importancia de su propia participación, ayudando a evitarle al paciente la ansiedad y sentimientos de tristeza que conlleva el sentirse enfermo y facilitando una pronta adaptación, estimulando en el paciente la comprensión y el conocimiento de su enfermedad y facilitando la práctica de estrategias de autocuidado. El paciente requiere aprender a sentirse bien al realizar medidas de cuidado. Entre las conductas de autocuidado debe incluirse la relajación, al respecto se tienen las investigaciones de Henry, Wilson, Bruce, Chisholm y Rawling (1997), quienes evaluaron la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo-conductual en manejo

de estrés y su relación con glucosa en 19 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el tratamiento consistió de 6 semanas, mediante relajación muscular progresiva y entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo. Se evaluó mediante escalas de autoevaluación de ansiedad, depresión y estresores diarios. Los resultados tuvieron efectos significativos en la disminución de ansiedad y estrés. Los resultados en medición de hemoglobina glucosilada fueron en la dirección esperada es decir disminuyeron, pero tuvieron menor significancia estadística.

El tratamiento médico no solo es farmacológico, se requiere también de una amplia participación del paciente para prevenir condiciones graves de salud, para lograr este objetivo se requiere enseñar al paciente a cuidar de su salud y preservar una buena calidad de vida. En el cuidado de la salud del paciente diabético participa todo el equipo multidisciplinario de salud. Por lo cual es necesario preguntar:

¿Cuál es el papel que tiene el psicólogo en la atención a la salud del paciente con diabetes tipo 2 ?

¿El taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2 sirve para que el paciente logre un buen control de glucosa?

¿El taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2 sirve para facilitar el afrontamiento de la enfermedad física ?

HIPÓTESIS

Ho. No hay diferencias significativas en los indicadores de índice de glucosa, de índice de masa corporal y de ansiedad de los pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el “taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2”.

H1. Si hay diferencias significativas en los indicadores de índice de glucosa, de índice de masa corporal y de ansiedad de los pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el “taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2”.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Aplicación del Taller “Autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2”.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Taller. Método de enseñanza que tiene como fin experimentar y obtener soluciones creativas a algún problema. Método de enseñanza en el que se aprende imitando, haciendo y creando.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

El Taller “Autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2” es un método de enseñanza, con 10 sesiones de trabajo, cuya finalidad es enseñar técnicas de autocuidado al paciente con diabetes tipo 2 (ver anexos 1 y 2).

VARIABLE DEPENDIENTE

Índice de glucosa.

Índice de Masa Corporal.

Ansiedad-Estado

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Autocuidado de la salud. Atención de la persona por sí misma, autonomía, independencia y capacidad de trabajar para su propio beneficio. Son todas las conductas que sirven para mantener o mejorar condiciones individuales de salud. En este estudio se consideran tres indicadores: índice de glucosa, índice de masa corporal y nivel de ansiedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Índice de glucosa. Es un valor metabólico que señala la proporción de glucosa que existe en la sangre en un momento determinado. Puede obtenerse mediante un examen de laboratorio (biometría hemática) o manualmente mediante el uso de glucómetro ó dextrostix. Se considera control de glucosa aceptable al resultado de obtener cifras recomendadas de glucosa (120 a 140 mg/dl en sangre venosa en ayunas).

Índice de Masa Corporal. Es un indicador de peso corporal en comparación con la estatura que se obtiene mediante la fórmula: $\text{peso} / \text{talla}^2$, sirve para clasificar peso normal u obesidad. Se considera Índice de Masa Corporal (IMC) correspondiente a peso normal cuando la cifra resultante es menor de 25, la cifra de 25-30 se considera obesidad leve, cuando la cifra es de más de 30 a 35 se considera obesidad moderada y cuando la cifra es mayor a 40 se considera obesidad extrema. En pacientes con diabetes tipo 2 se busca controlar el peso y mantenerlo lo más cercano posible a niveles normales.

Ansiedad-Estado. Es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo, esta escala es altamente sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario. Para obtener puntuaciones T se tomaron en cuenta datos normativos para pacientes de medicina general y cirugía.

SUJETOS:

Participaron 22 personas diagnosticadas con diabetes mellitus no insulino dependiente (diabetes tipo 2) que se encontraban en tratamiento médico al momento de realizar el taller de autocuidado. asistieron a este taller 22 mujeres con edades de 41 a 56 años. con lapso de tiempo de diagnóstico reciente a aproximado de 6 meses.

MUESTREO

Intencional, participación voluntaria.

DISEÑO

Preexperimental intra sujetos. Medición pretest y postest.

INSTRUMENTOS

Inventario de ansiedad IDARE.

Índice de glucosa obtenido mediante biometría hemática.

Báscula con escala para medir peso en kg. y estatura en m.

DESCRIPCIÓN

Se utilizó el **IDARE (Inventario de Ansiedad-Estado)**, únicamente en la subescala de Ansiedad-Estado. Esta escala conceptualiza la Ansiedad-Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Tal inventario es útil para detectar ansiedad en pacientes médicos, quirúrgicos y adultos normales, así como estudiantes. La confiabilidad se obtuvo mediante el método test retest variando desde .73 a .86 en intervalo de 104 días. Respecto a estudios con este instrumento se señala que en una muestra de 161 pacientes de medicina general y cirugía el 20% de estos pacientes tenían diagnósticos secundarios que indicaban que sus condiciones médicas o quirúrgicas estaban complicadas con factores psiquiátricos, la puntuación promedio de estos pacientes fue de 42.38 con desviación estandar de 13.79; En ansiedad estado se refleja la influencia de factores situacionales únicos que se presenten al momento del examen. Esta escala es sensitiva para indicar el nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, también porque evalúa características

esenciales que involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. La **biometría hemática** es un prueba para análisis clínico en laboratorio que indica el nivel de glucosa en sangre bajo la condición de ayuno de al menos 8 horas. Se utiliza en Unidades de Medicina Familiar para realizar un diagnóstico de diabetes y evaluar el curso de evolución. Se aclara que no se utilizó el método de hemoglobina glucosilada (refleja nivel de glucosa promedio entre uno y tres meses) por falta de los medios necesarios.

La **Báscula** con escala. (peso en Kg, talla en mts.) es un instrumento que sirve para medir peso en kilogramos y que tiene una escuadra y escala para medir la estatura en metros y centímetros.

PROCEDIMIENTO :

- A) Se invitó a cada persona diagnosticada con diabetes mellitus no insulino dependiente que desee participar en este taller. Esta invitación se realizó con el apoyo de médicos y área de trabajo social en una Unidad de Medicina Familiar, también mediante carteles de invitación colocados en los pasillos de espera.
- B) Las inscripciones se realizaron en el área de Fomento de la Salud.
- C) En Fomento de la salud, se le explicó a cada paciente que este taller consiste de en 10 sesiones educativas con el objetivo de aprender a cuidar su salud, se acordó su participación en este taller explicándoles sus beneficios para aprender a cuidar la salud (ver contenido temático y material en anexos 1 y 2).
- D) En esta primera entrevista se tomaron datos personales, se tomó peso y talla y el entrevistado contestó el formato de ansiedad estado.
- E) Se registró su nivel de glucosa de acuerdo al último reporte de laboratorio realizado.
- F) Se llevó a cabo este taller que consta de 10 sesiones de 2 hrs. con periodos de una vez por semana.
- G) Al finalizar la última sesión de este taller se verificó datos de talla y peso. Cada paciente contestó el inventario de ansiedad IDARE. En esta ultima sesión se registró su nivel de glucosa de acuerdo al último reporte de laboratorio realizado.

CAPITULO VI

RESULTADOS

RESULTADOS

Los datos obtenidos en las situaciones pretest y postest en cuanto a índice de glucosa, obesidad y nivel de ansiedad se sometieron a análisis estadístico. se utilizó la *prueba t de Student para datos correlacionados*.

Adicionalmente se correlacionaron datos de ansiedad e índice de glucosa antes y después del tratamiento *utilizando la prueba r de Pearson*. Se tomó en cuenta la edad y sexo como indicador demográfico. A continuación se presentan los datos obtenidos:

EDAD

Aún cuando sea una variable que no cambia en la situación pretest y postest, describe las características de la muestra de este estudio. por lo que se presenta la estadística descriptiva.

En la tabla 1 y gráfica 1 se presenta la distribución de frecuencias por rango de edad de los participantes de este taller, todas las personas participantes son mujeres.

Se observa que la media es de 51 años, 63.6% de la muestra se encuentra en los intervalos de 50-56 años (ver tabla 1).

GRAFICA 1

Distribución de frecuencia de la edad de pacientes en el taller de autocuidado de la salud.

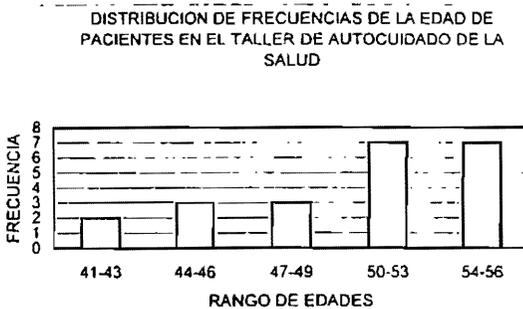


Tabla 1 Distribución de frecuencia por rango de edades

RANGO	41-43	44-46	47-49	50-53	54-56
FREC.	2	3	3	7	7
Porcentaje	9.1%	13.64%	13.64%	31.81%	31.81%

$$\bar{X} = 51$$

GLUCOSA

Se registró índice de glucosa en ayunas, mediante biometría hemática.

Para jerarquizar el grado de control de glucosa que han logrado los pacientes durante el taller de autocuidado se denomina *control de glucosa pobre* cuando se marcan índices de glucosa de 141 mg/dl o mayores, *control de glucosa aceptable* cuando se observan en los pacientes cifras de 121 mg/dl a 140 mg/dl y *control bueno* cuando logran alcanzar cifras de 80 mg/dl a 120 mg/dl (Lerman, 1994).

De acuerdo con este criterio en la situación de pretest todo el grupo se encuentra con pobre control de glucosa ya que en todos los pacientes se registran índices de glucosa que varían de 208mg/dl a 152 mg/dl; en la situación de postest, los límites mayor y menor en las cifras de glucosa registradas varían de 198 a 132 mg/dl, dentro de estos límites, cinco pacientes se consideran dentro de un control aceptable ya que su nivel de glucosa desciende a un nivel de 140 mg/dl o cifras menores (ver tabla 2).

Los resultados se presentan en la tabla 2 y gráfica 2, puede observarse que los índices de glucosa tienden a disminuir en la situación postest.

GRAFICA 2

Distribución de índice de glucosa antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

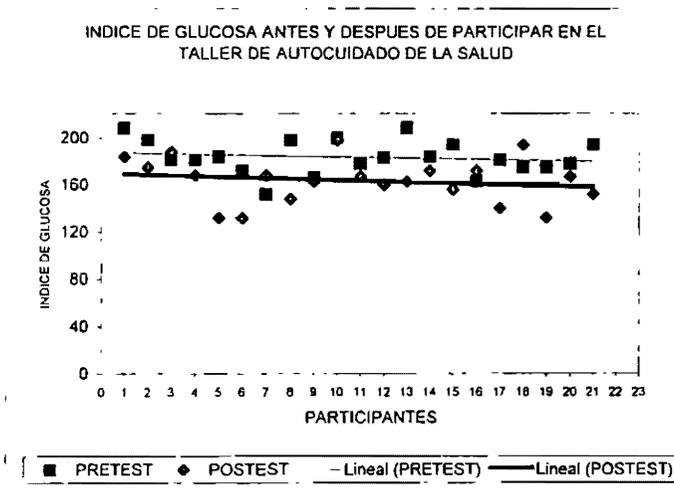


TABLA 2

Distribución de índice de glucosa pretest y postest de pacientes con diabetes tipo 2 en el Taller de Autocuidado de la Salud

	PRETEST	POSTEST
	208	184
	198	175
	181	188
	181	168
	184	132
	172	132
	152	168
	198	148
	166	163
	200	198
	178	167
	183	160
	208	163
	184	172
	194	156
	163	172
	181	140
	175	194
	175	132
	178	167
	194	152
	181	140
Σ	4034.00	3571.00
\bar{x}	183.36	162.32
S	14.13	19.49
std. Error	3.01	4.15
N	22	22

$t = 4.687_{\text{con } 21 \text{ gl}} \quad P \alpha = 0.001$

$r = 0.144_{\text{con } 20 \text{ gl}} \quad P = 0.522$

El promedio en el índice de glucosa en la primera observación fue de 183.36 mg/dl y en la segunda medición fue de 162.37 mg/dl la disminución en promedio entre el pretest y postest es de 21.05 mg/dl, esta diferencia indica que en la segunda medición los niveles de glucosa se acercan más a los niveles esperados ante un control de glucosa aceptable. Los datos se presentan en la Tabla 2.

Con el fin de cuantificar los cambios posibles se elaboraron las siguientes hipótesis:

H0 : No hay diferencias significativas en los índices de glucosa de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

H1 : Hay diferencias significativas en los índices de glucosa de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Para someter a contrastación estas hipótesis, se aplicó la *prueba t de Student para medidas repetidas* y se encontró una diferencia significativa entre pretest y postest ($t = 4.687$ con 21 gl., $p < .001$).

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna :

Hay diferencias significativas en el nivel de glucosa de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Se lograron cambios significativos en el control de glucosa posteriores a la participación en el taller.

Para saber si hay correlación entre los índices de glucosa antes y después a pesar de los cambios que se observaron se elaboró una hipótesis adicional para contrastar:

H0: No existe relación entre índices de glucosa en el pretest y el postest de pacientes que participaron en el taller de autocuidado de la salud.

H1: Si existe relación entre índices de glucosa en el pretest y el postest de pacientes que participaron en el taller de autocuidado de la salud.

Para contrastar dicha hipótesis se utilizó el estadígrafo *r de Pearson*.

Los resultados ($r=0.144$ con 20 gl. $P < .522$), indican que *no existe correlación* en los índices de glucosa en el pretest y postest, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Los datos en la primera y segunda medición son independientes. Esta diferencia puede deberse al tratamiento. Los resultados indican que la variación entre medidas iniciales y finales no es semejante. Las muestras de pretest y postest pertenecen a dos grupos diferentes en la segunda medición, estos grupos pueden ser de los pacientes que no han participado en grupos educativos y los que sí han participado en grupos de educación para el autocuidado de la salud (taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2).

OBESIDAD

Para valorar el grado de obesidad se tomó en cuenta el índice de masa corporal (IMC), que se obtiene mediante la fórmula: $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$.

En la situación pretest se observa una cifra promedio de 27.56, los datos se encuentran dentro de los intervalos de 22.94 a 33.16; posterior a la participación en el taller el IMC el promedio que presenta el grupo disminuye a 27.51, los datos varían de 23.14 a 33.12 la diferencia promedio en IMC de los pacientes antes y después de participar en el Taller de Autocuidado de la Salud es mínima (de 0.01). este taller no tuvo la función de disminuir el peso de los pacientes que participaron, se requiere tomar medidas adicionales para la disminución de peso. (ver tabla 3)

Se observa que los índices de masa corporal sufren una muy pequeña variación (ver tabla 3 y gráfica 3).

GRAFICA 3

Distribución de índice de masa corporal pretest y postest de pacientes que participaron en el Taller de Autocuidado de la Salud.

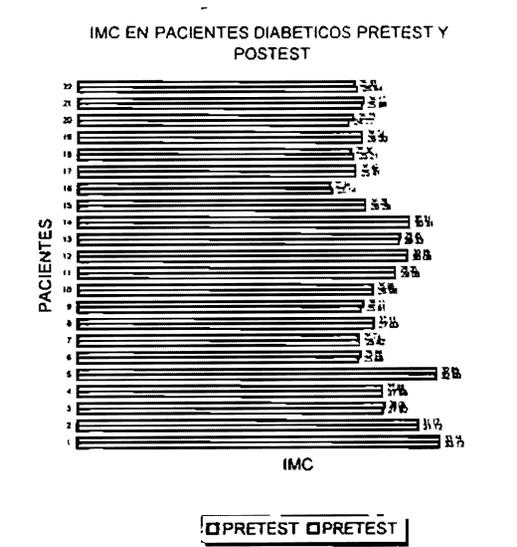


Tabla 3

Distribución de índice de masa corporal en pacientes antes y después de participar en el Taller de Autocuidado de la Salud.

	PRETEST	POSTEST
	33.16	33.12
	31.12	31.12
	28.06	27.92
	27.88	27.88
	32.89	32.80
	25.88	25.66
	25.74	25.82
	27.11	27.03
	26.11	25.91
	26.96	26.96
	29.05	29.05
	30.19	30.08
	29.45	29.33
	30.31	30.31
	26.29	26.29
	22.94	23.14
	25.49	25.41
	25.00	25.21
	26.04	26.00
	25.23	24.77
	26.17	25.98
	25.33	25.54
Σ	606.37	605.31
\bar{x}	27.56	27.51
S	183.36 <hr style="width: 100%;"/> 2.74	162.32 <hr style="width: 100%;"/> 2.66
std. Error	<hr style="width: 100%;"/> 0.583	<hr style="width: 100%;"/> 0.567
N	22	22

$t = 1.794$ con 21 gl. $P\alpha = .05$

$r = 0.998$ con 20 gl. $p = .000$

Para corroborar los resultados con precisión se elaboraron las hipótesis a comprobar:

H0 : No hay diferencias significativas en el índice de masa corporal antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

H1: Existen diferencias significativas en el índice de masa corporal antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2.

Aplicando el estadístico de *prueba t de Student* estas diferencias no son significativas ($t = 1.794_{con\ 21\ gl}$ $P\alpha = .05$) (ver tabla 3); por lo que se acepta la hipótesis nula:

No hay diferencias significativas en el Índice de Masa Corporal antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Con el fin de corroborar si existe relación entre los datos pretest y postest, se sometió a contrastación la siguiente hipótesis:

H0 : No existe relación entre índices de masa corporal en el pretest y postest de pacientes con diabetes tipo 2 que participaron en este taller:

H1: Si existe relación entre índices de masa corporal en el pretest y postest de pacientes con diabetes tipo 2 que participaron en este taller:

Los resultados arrojados mediante el estadígrafo *r de Pearson* indican una correlación alta entre pretest y postest ($r = 0.998_{con\ 20\ gl}$ $P\alpha = .000$) que indica una relación positiva significativa. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna:

Hay correlación entre los índices de masa corporal pretest y postest de pacientes que participaron en el taller de autocuidado de la salud.

Esta correlación es alta por lo que se puede inferir que existe alta dependencia entre los valores pretest y postest, los cambios no varían ampliamente en el grupo comparándolos entre la situación pretest y postest. A mayor o menor IMC encontrado en la situación pretest, también es mayor o menor el IMC encontrado en el postest. En un principio se hipotetizó que se encontrarían cambios significativos en cuanto a disminución de peso, sin embargo como resultado se encontró que los pacientes no sufren cambios visibles, ya que la situación postest varían mínimamente.

ANSIEDAD

La **Ansiedad-Estado** se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, 1975).

Se utilizó el inventario de ansiedad-Estado para determinar el nivel de ansiedad que los pacientes presentaron antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud. Los datos crudos se transformaron en puntuaciones T de acuerdo con las tablas de Spielberger, et al. (1975).

Se observa en la situación pretest un nivel de ansiedad promedio de 46.68, cifra que se reduce a 36.27 en la situación postest. entre ambas situaciones existe una diferencia de 10.41, acercándose a un estado de no ansiedad durante la segunda medición. Los resultados se presentan en la tabla 4.

En la gráfica 4 se observa que los niveles de ansiedad disminuyen en la situación de postest.

GRAFICA 4

Distribución de Puntuación T en escala de ansiedad IDARE de pacientes en el taller de autocuidado de la salud.

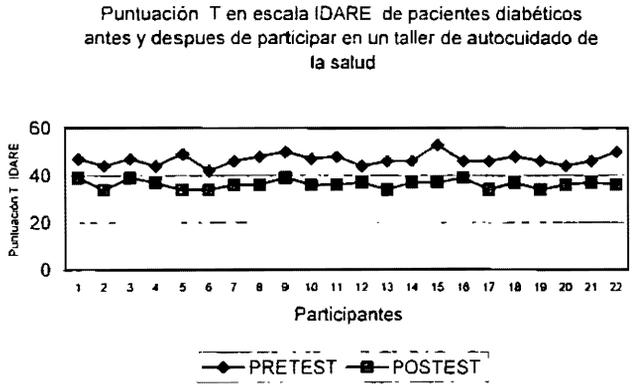


TABLA 4

Distribución de puntuación T en escala de ansiedad IDARE de pacientes antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

	PRETEST	POSTEST
	47	39
	44	34
	47	39
	44	37
	49	34
	42	34
	46	36
	48	36
	50	39
	47	36
	48	36
	44	37
	46	34
	46	37
	53	37
	46	39
	46	34
	48	37
	46	34
	44	36
	46	37
	50	36
Σ	1027	798
\bar{x}	46.68	36.27
S	2.47	1.75
std. Error	.523	0.37
N	22	22

$t = 18.82$ con 21 gl. $P \alpha = .001$

$r = 0.309$ con 20 gl. $p = .162$

Se contrastaron las siguientes hipótesis:

H0: No hay diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con diabetes antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

H1: Si hay diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con diabetes antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Al aplicar la prueba *t de Student* para medidas repetidas se encontró una diferencia significativa antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

($t=19.233$ con 21 gl., $P \alpha=0.001$).

Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna:

Si hay diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con diabetes tipo 2 antes y después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Con el objetivo de comprobar si existe relación entre los puntajes T de ansiedad en la situación pretest y postest se elaboró la siguiente hipótesis para contrastar:

H0 : No hay relación entre las puntuaciones T de nivel de ansiedad en el pretest y postest de pacientes que asistieron a un taller de autocuidado de la salud.

H1 : Existe relación entre las puntuaciones T de nivel de ansiedad en el pretest y postest de pacientes que asistieron a un taller de autocuidado de la salud.

El resultado indica que existe una correlación positiva baja ya que la cifra encontrada es de $r = 0.309$ con 20 gl. $p=0.162$

Por lo que se acepta la hipótesis nula:

No hay relación entre las puntuaciones T de nivel de ansiedad en el pretest y postest de pacientes que asistieron a un taller de autocuidado de la salud.

La falta de relación entre pretest y postest indican que existe diferencia entre la situación pretest y postest, es decir los resultados encontrados en la segunda medición no son iguales a los encontrados en la situación postest, tal diferencia puede atribuirse al tratamiento.

Las cifras en el nivel de ansiedad tienen amplia diferencia en las dos situaciones de medición. En la segunda medición se acerca a un estado emocional de no ansiedad. Cada persona varía en la disminución de ansiedad de manera diferente. La muestra de datos en la situación postest corresponde a una población diferente a la situación pretest.

ANSIEDAD- GLUCOSA

Se observó que tanto el nivel de ansiedad como el índice de glucosa disminuyeron. para conocer la posible existencia de relación entre ambas variables se elaboraron dos hipótesis para contrastar:

H0: no existe relación entre el nivel de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes antes de participar en el taller de autocuidado de la salud.

H1: Existe relación entre el niveles de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes antes de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Utilizando la prueba *r de Pearson* se correlacionaron por separado los resultados pretest y postest de índice de ansiedad y nivel de glucosa. Los resultados indican que en el pretest no hay correlación entre niveles de glucosa y niveles de ansiedad. ($r = 0.097_{con\ 20\ gl}$, $p\alpha = .668$).

En consecuencia a este resultado en la situación pretest se acepta la hipótesis nula:

No existe relación entre el nivel de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 antes de participar en el taller de autocuidado de la salud.

Este resultado indica que las cifras de glucosa no influyen en el nivel de ansiedad registrado ni el nivel de ansiedad influye en las cifras de glucosa, ambas variables son independientes.

En la situación postest se sometió nuevamente a contrastación las hipótesis:

H0: no existe relación entre el nivel de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

H1: Existe relación entre el niveles de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

En la situación postest ambas variables glucosa y ansiedad se encontraron en correlación positiva moderada que es significativa. ($r = 0.458_{con\ 20\ gl}$, $p\alpha = .032$).

Este resultado da lugar a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna:

Existe relación entre el niveles de ansiedad y las cifras de glucosa que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 después de participar en el taller de autocuidado de la salud.

La correlación entre glucosa y ansiedad encontrada en la situación postest indica una correlación mediana y significativa, diferente a la encontrada en la situación pretest que se califica como falta de correlación entre cifras de glucosa y ansiedad.

La no correlación encontrada entre glucosa y ansiedad en la situación pretest corresponde a variables independientes en el pretest, situación que cambia mínimamente en la situación posttest hacia una dirección común, esta diferencia entre pretest y posttest puede deberse al tratamiento que influyó en ambas variables modificándolas. Tanto disminuyó la glucosa como disminuyó la ansiedad sin embargo la relación entre ambas variables solo es moderada. La disminución en las cifras de glucosa no puede atribuirse a la disminución de nivel de ansiedad. Se concluye que tanto el control de glucosa como el control de ansiedad mejoraron al finalizar el tratamiento (participación en el taller de autocuidado de la salud).

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Respecto a la *edad* de los participantes, los datos de los participantes en esta muestra de estudio coinciden con la incidencia de la diabetes mellitus ya que aumenta después de los 40 años (Lerman, 1994; Islas y Lifshitz, 1995) y alcanza su máxima frecuencia alrededor de los 55 años según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (Escobedo de la Peña, et al. 1995).

Puesto que las complicaciones de diabetes mellitus son más difíciles de controlar a edades mayores y cuando ha existido el descontrol de glucosa en forma reiterativa; si se inicia el control de glucosa cuanto antes se estarán previniendo tales complicaciones en la salud y por tanto aminorando secuelas en la salud.

En este estudio se lograron cambios significativos en el **control de glucosa** posteriores a la participación en el *Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2*. La diferencia encontrada indica que en la segunda medición los niveles de glucosa se acercan más a los niveles esperados ante un control de glucosa aceptable. Si estos cambios se mantienen por más tiempo se hablaría de un mayor control de glucosa, así como del mantenimiento de hábitos favorables para la salud.

En cuanto a **Ansiedad –Estado** los pacientes presentaron un nivel de ansiedad diferente antes de iniciar un taller de autocuidado y al finalizar éste taller donde se practicó la relajación como parte de actividades de cuidado de la salud, es esperado que los resultados varíen en las personas de una situación a otra en dirección a alcanzar un estado de relajación. Se logró disminuir ansiedad en pacientes con diabetes, aminorando dificultades en su afrontamiento y facilitando el autocuidado de la salud.

La ansiedad es un indicador de niveles elevados de estrés. Debido a que la escala de **Ansiedad-Estado** es altamente sensible a factores situacionales se puede explicar el hecho de encontrar ansiedad alta en la situación pretest como una respuesta a la misma situación de examen y la expectativa de participar en un tratamiento, los pacientes aún cuando contarán con información acerca de la diabetes mellitus, puesto que se encontraban en una situación de presión por la demanda médica, o porque la invitación a participar en un taller complementario a su

tratamiento médico crea tensión y expectativa, así como también por creencias acerca de la diabetes tales como creer que es una enfermedad muy difícil de controlar, que lleva a consecuencias muy desagradables, conocer a otras personas con tal enfermedad y esperar malos resultados en la salud propia.

El estrés no produce directamente la diabetes mellitus, en forma aguda se relaciona con intolerancia a la glucosa. Las situaciones de estrés tienden a elevar los niveles de glucosa, esta es una reacción fisiológica de alarma. Puesto que en el paciente diabético ya existe un descontrol metabólico es más complicado que recupere niveles basales de glucosa posterior a una situación de estrés. El estrés produce exceso de actividad simpática inhibiendo la secreción aguda de insulina y la captación periférica de insulina. Las respuestas hormonales, metabólicas, e inmunológicas que condicionan el estrés afectan la tolerancia a la glucosa y son un factor más en el desarrollo de la diabetes mellitus y sus complicaciones; de ahí la importancia de enseñar a pacientes a controlar niveles de ansiedad e incluir tal enseñanza como medida preventiva.

Posterior al taller que incluyó la práctica de la relajación, los pacientes se encontraron más satisfechos y seguros de que están llevando a cabo actividades de autocuidado y que se encuentran en buena dirección en el cuidado de su salud. Este resultado puede inducir al estudio de la *autoeficacia* en pacientes con diabetes y podemos inferir que al formar parte de este grupo en el *Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2*, los participantes demuestran *autoeficacia* ya que al llevar a cabo conductas de autocuidado de la salud adecuadamente durante este taller, cada paciente comprobó que es capaz de cuidarse a sí mismo, obteniendo resultados visibles y en camino a lograr un mejor control de glucosa, beneficiándose su *autoeficacia*.

Los pacientes percibieron su estado emocional como de satisfacción, bienestar, agrado y tranquilidad, posterior a la práctica de relajación; este estado de ánimo no sólo es debido a la práctica de relajación sino también es resultado de realizar actividades de salud abordadas durante este taller de Autocuidado de la Salud.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) afrontar una amenaza equivale a abordarla mentalmente, estableciendo un plan de acción. Este es el afrontamiento dirigido al problema, pero también se abordó el afrontamiento dirigido a la emoción, ya que se disminuyeron las ideas catastróficas acerca de la diabetes.

En el grupo se facilitó un ambiente de colaboración. El clima emocional encontrado en el grupo fue de apoyo en el afrontamiento de la diabetes y para disminuir la ansiedad que encontrada antes de iniciar el taller, posteriormente los pacientes practicaron la relajación lo que llevó a la disminución de estrés en la situación de postest.

Entre las aportaciones de este trabajo se encuentra el considerar el control de estrés como factor influyente en el tratamiento médico del paciente con diabetes tipo 2, aportando una alternativa de solución a la necesidad de educar para la salud y favorecer el trabajo interdisciplinario en Unidades de Medicina Familiar, se enfatizó ampliamente la importancia que tiene el autocuidado de la salud en el paciente con enfermedad crónica. La atención grupal enfocada a la educación es importante para facilitar la atención en el consultorio y la adhesión al tratamiento.

Este taller es una colaboración para mejorar la calidad de vida en cuanto a salud, ya que el control de ansiedad se generaliza a situaciones que potencialmente significan estrés.

En este tratamiento de autocuidado de la salud en el que se incluyó la relajación, ambas variables **glucosa y ansiedad** se encontraron en relación moderada al finalizar el taller. Tal relación fue significativa. Es importante notar que antes del tratamiento no existía esta relación, tales cambios pueden interpretarse como un cambio en dirección común, ya que tanto glucosa como ansiedad disminuyeron. Estos cambios pueden atribuirse al tratamiento.

Los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a la disminución de estrés coinciden con algunos encontrados en investigaciones recientes, en los que se exponen beneficios de la relajación en el tratamiento de médico de la diabetes mellitus (Ver Henry et al. 1997; Aikens, 1997; Kramer et al. 2000).

El control de glucosa también depende de factores como edad, hábitos de salud, y estado crónico de hiperglucemia. Los índices de glucosa en el metabolismo

(aún cuando en ambas mediciones haya sido en ayunas) varían dependiendo de factores tales como actividad física, cantidad de carbohidratos consumidos, situaciones de estrés y dosis de medicamentos ingeridos.

La actividad física tiende a influir disminuyendo los niveles de glucosa, ya que disminuye la resistencia a la insulina logrando un mejor control de glucosa. El que una persona practique ejercicio físico por lo general ayuda a disminuir la dosis necesaria de insulina ya que el ejercicio por sí mismo facilita la utilización de insulina y glucosa por tanto no es necesario elevar dosis de medicamentos.

La prescripción médica varía en cada paciente, el médico es quien determina la dosis necesaria de medicamentos; cuando se trata de hipoglucemiantes su función principal es ayudar al páncreas a secretar insulina para disminuir los niveles de glucosa, una dosis elevada de hipoglucmiantes puede conducir a estados de hipoglucemia.

Respecto a *nutrición*, el desequilibrio en la dieta consumida tiende a aumentar los niveles de glucosa y peso, por lo que la dieta es un factor importante el tratamiento médico de pacientes con diabetes tipo 2.

En un tratamiento médico completo es recomendable la disminución de peso en pacientes con obesidad leve o moderada como medida preventiva; aún cuando no se observó disminución de peso en este grupo de estudio, es un dato que requiere de investigación es estudios posteriores. A lo largo del taller se consideró la importancia de una dieta adecuada y del ejercicio físico como medida para disminuir la glucosa pero se requiere contar con métodos más precisos de medición y control de tales variables.

Todos estos factores incluyendo el estrés pueden influir en los niveles de glucosa que presentan los pacientes; puesto que durante el taller se recomendó a pacientes ampliamente sobre nutrición, estuvieron bajo tratamiento médico, se enseñó una rutina de ejercicio y practicaron la relajación, estas actividades que realizaron los pacientes llevaron a lograr que los niveles de glucosa se acercaran más a un mejor control de glucosa.

El *Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2* es una alternativa de atención a la salud y prevención secundaria para el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Este recurso de educación influye para lograr mejor control de glucosa, al facilitar la adhesión terapéutica, ya que durante el taller cada paciente se enteró del cuidado de la salud, de la importancia de asistir puntualmente a citas médicas y de colaborar con el tratamiento médico.

Se considera que conocer acerca de la enfermedad proporciona bases para afrontarla exitosamente ya que de esta manera el paciente se encuentra mejor capacitado para participar activamente en su tratamiento preguntando y contando con la información necesaria para llevar a cabo las indicaciones dadas por el personal de salud.

Durante el taller se proporcionó información de gran utilidad para los pacientes además de contar con un espacio muy necesario para la expresión de sus dudas y soluciones que han llevado a cabo. En este grupo se permitió que los pacientes comprendieran mejor el porque de su enfermedad y de las actividades necesarias de cuidado disminuyendo temores o falsas ideas acerca de la enfermedad, se apoyó a los pacientes en la aceptación de su enfermedad, permitiendo abordar con mayor amplitud la práctica del autocuidado cuya meta final fue elevar la calidad de vida en cuestión de salud.

Es necesario ampliar la intervención psicológica a pacientes con diabetes tipo 2 para dar continuidad al tratamiento, la formación de grupos para control de estrés, terapia psicológica, control dietético y realización de ejercicio.

Entre las sugerencias de nuevos estudios en el ámbito de la salud se propone crear diversas estrategias para motivar al paciente a participar, a valorar la salud, a cambiar actitudes respecto a la atención médica y para informarse sobre la vigilancia de su salud.

El formar grupos de atención es un proceso largo que requiere de la sensibilización de los pacientes y de la motivación para participar, de la misma forma también requiere de mayor organización y sensibilización del personal de salud. Por

lo que es útil la participación del psicólogo también para sensibilizar al personal de salud en la enseñanza y colaboración con grupos.

Es importante iniciar planes de autocuidado de la salud en prevención primaria (detección de factores de riesgo de diabetes) y secundaria (tratamiento para disminuir secuelas) en el momento más oportuno para aumentar la probabilidad de mejorar la calidad de vida en salud. Entre las medidas actuales que se han llevado a cabo se encuentran la detección temprana de factores de riesgo en poblaciones adultas, mediante encuestas, canalización médica y orientación a pacientes que asisten a grupos educativos en Unidades médicas.

CONCLUSIONES

El *Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2* es útil para mejorar índices de glucosa en pacientes en tratamiento médico.

La relajación es un método eficaz en el proceso terapéutico de pacientes con diabetes tipo 2 y debe incluirse en la atención médica como medida de autocuidado de la salud.

La formación de grupos educativos para el autocuidado de la salud es una estrategia de intervención que facilita al paciente diabético la comprensión de su enfermedad y facilita la participación del paciente en su tratamiento.

La participación en el *Taller de autocuidado de la salud* facilita la adhesión a su tratamiento médico, al permitir esclarecer dudas, permitiendo al paciente familiarizarse con su enfermedad, tratamiento, ambiente médico y procedimientos de salud que deben llevarse a cabo tales como: asistencia a exámenes de laboratorio, revisión ocular preventiva, higiene personal, conocer que afecta el índice de glucosa y que medidas llevar a cabo en caso de hiperglucemia e hipoglucemia, aplicar las alternativas en cuanto a nutrición y aprender la relajación como parte del estilo de vida.

El *Taller de autocuidado de la salud para pacientes con diabetes tipo 2* es una alternativa en el tratamiento de la diabetes mellitus que beneficiándose de la dinámica de grupos permitió lograr un ambiente favorable para la enseñanza-aprendizaje y práctica de conductas de autocuidado de la salud.

El diseño de este taller es una aportación en el ámbito de psicología de la salud en cuanto a educación para la salud, ya que es una alternativa al tratamiento médico para pacientes con diabetes tipo 2.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Guilgar, E. (1990). *Cartas a un paciente diabético: como prolongar una vida saludable*. México: Trillas.
- Likens, J. E., Kiolbasa, T. A. y Sobel, R. (1997, noviembre-diciembre). Psychological predictors of glyccemic change with relaxation training in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66(6). 302-306.
- Man, M. J., Andrew, G., Wolfdorf, E. J., Anderson, B. y Derby, L. (1990, abril). Psychological characteristics of adults with IDDM. Comparison of patients in poor and good glyccemic control. *Diabetes Care*, 13 (4), 375-381.
- Malvise, O., Matteo, R. P. y Fossati, A. (1995, febrero). Effects of personality on metabolic control in IDDM Patients. *Diabetes Care*, 18 (2), 206-211.
- Anderson, D. K. G. y Suävudd K. (1995, diciembre). Long term glyccemic control relates to mortality in Type II Diabetes. *Diabetes Care*, 18 (12), 1534-1540.
- Andueza, M. (1986). *Dinámica de grupos en educación*. México: Trillas.
- Armstrong, J. R., Cornell, D. T., Kraner, E. R. y Roberson, W. E. (1973). *Desarrollo y evaluación de objetivos de conducta*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Birgitta, I. R., Rusell, M. D., Alan, J. K. y Madison, W. (1992) Increased healing rate of foot ulcers with thermal biofeedback assisted relaxation training. *Diabetes Care*, 15 (7), 430-438.
- Blakiston. (1983). *Diccionario breve de medicina*. México: La prensa Médica Mexicana.
- Bowden, Ch. L. y Burstein, A. G. (1990). *Bases psicosociales de la atención médica*. México. Edit. Linusa.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. C. (1996). *Manual en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Caballo, E. V. (1991). *Manual y técnicas de la terapia y modificación de la conducta*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Siglo XXI.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1974). *Dinámica de grupos: investigación y teoría*. México: Trillas.
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós,

SAICF.

- Chaturvedi, N. y Fuller, J.H. (1995, junio). Mortality risk by body weight change in people with NIDM. *Diabetes Care*, 18 (6), 766- 774.
- Cox. J. D. y Gonder, F.L. (1991, diciembre). Mayor developments in behavioral diabetes research. *Behavioral Diabetes Research*. University of Virginia Health Sciences Center, 628-638.
- De Flores, T., Ampudia, J., Tomás, J., Gussinye, M., Ortiga, R., Navarro, W. y Clariana, M. (1992). El papel de los factores psicológicos en la diabetes Mellitus. morbilidad psiquiátrica y perfil psicopatológico. *Revista de Psiquiatría*. Facultad de Medicina. Barna, 19 (4), 139-147.
- De la A. Valadez F. I., Aldrete-Rodríguez, M. G. y Alfaro-Alfaro, N. (1993) Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*, 35 (5), 1-8.
- Escobedo, de la P. J., Frank M, J. y Langer, G. A. (1995). Transición de la atención a la salud. *La Diabetes Mellitus en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Report. *Diabetes Care*. 20 (Suppl 7), 1183-1197.
- Fernández. G. O; (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Dirección General de Epidemiología. Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA).
- Fernández, R. L. (1994). *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. México: Siglo XXI.
- Garay-Sevilla, M. E., Malacara, J. M., Gutiérrez-Roa, A. y González. E.(1999, marzo). Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors.*Diabetic Medicine*, 16 (3), 238-244.
- Garay-Sevilla, M., Malacara, J.M., Gutiérrez-Roa. A. y González. E. (1999). Denial of disease in type 2 diabetes Mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. *Diabetic Medicine*. 16 (3). 238-244.
- Gibb, J. R. (1974) *Manual de dinámica de grupos*. Buenos Aires: Humanitas.
- Glasgow, R. E. y Toobert, D. J. (1988). Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 11, 377-386.
- González, N. J. J., Monroy, V. A. y Siberstein, K. E. (1994). *Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas*. México: Pax.

- Goreczny, J. A. (1995). *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Nueva York: Plenum Press.
- Helz, W. J. y Templeton. B. (1990, octubre). Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1275-1283
- Henry, J. L., Wilson. H. P., Bruce, D. G., Chisholm. D. J. y Rawling P. J. (1997, junio). Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology, Health & Medicine*. 2 (2), 109-118.
- Holtz, V. y Tena-Suck, A. (1995). Terapia de grupo: Una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2). 53-59.
- Luxengaugh, P. y Warren, L. (1996) *Counselling Psychology in the treatment of Diabetes Mellitus: establishing the need. British psychological Society Counselling Division. 3rd. Annual Conference*. April, York, Ucrania.
- M.S.S. (1992, mayo). *Programa institucional de fomento de la salud. 2a. Fase*.
- Slas, A. S. y Lifshitz. G. (1995). *Diabetes Mellitus*. México: Interamericana.
- Jacobson. A. M., Adler, A. G., Wolfsdorf J.I., Anderson. B. y Derby, L. (1990, abril). Psychological characteristics of adults with IDDM. Comparison of patients in poor and good glycemic control. *Diabetes Care*, 13 (4).
- Jiménez, J. B., González, S. P. y Ferreres, P. (1989). *Modelos didácticos para la innovación educativa*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias. S.A.
- Kramer, J. R., Ledolter, J., Manos, G.N. y Bayless. M. L. (2000). Stress and metabolic control in diabetes mellitus: Methodological issues and an illustrative analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(1), 17-28.
- Kunio, Y., Takashi, S., Kiwami, C., Toshihiko, N., Katsunori, I. y Shoji, S. (1995, junio). Daily Walking combined with diet therapy is a useful means for obese NIDDM patients not only to reduce body Weight but also improve insulin sensitivity. Original article. *Diabetes Care*, 18 (6), 775-778.
- Lazarus, R. S y Folkman. S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lerman, G. I. (1994). *Atención integral al paciente Diabético*. México: Interamericana.
- Morraine, S. C., McCaul D. K. y Glasgow, E. R. (1986, marzo-abril). Supportive and non supportive Family behaviors: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type II Diabetes. *Diabetes Care*, 9 (2), 179-185.
- Mustman, J.P., Griffith, S. L. y Clouse, E. R. (1988, septiembre). Depresión in adult with diabetes results of 5-yr follow-up study. *Diabetes Care*, 11 (8), 605-611.

- Maldonato, A. y Bloise D. (1995). Diabetes Mellitus: Lessons from patient education. *Patients Education And Counseling*. Diabetes unit. CIMS. Roma: La sapienza University.
- Martínez, M. (1994). La psicología clínica en la actualidad: Salud, formación e interdisciplinariedad. *Anuario de psicología*, (63), Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Masur, T. F. y Anderson, K. (1988). Adhesión del Paciente al Tratamiento: Un reto para la Psicología de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), pp. 103-126.
- Matarazzo D., Weiss J. y Sharlene M. (1985) *Behavioral Health. A Handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: John Wiley & sons.
- Meichenbaum, D. y Turk, C. D. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morales, C. F. (1994). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos aires: Paidós SAICF.
- Nava, T. A. (1984). *Diabetes Mellitus. Estudio Clínico y Complicaciones*. Hospital general de Zona (HGZ), Unidad de Medicina Familiar No. 8 (U.M.F. No. 8). México.
- Nebot, N. E. (1989). Autocuidado y educación sanitaria. *Atención Primaria*, (6). Pp. 254-260.
- Pérez, P. E. (1995). *Guía Del Educador En Diabetes*. Departamento Clínico de endocrinología. Clínica de Diabetes del Hospital de Pediatría del C.M.N. siglo XXI. IMSS.
- Peyrot, M., McMurry, F. J. y Davida, F. K. (1999). A biosychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *Journal of health and social Behavior*, 40 (2), Pp. 79-88.
- Ramos, R. (1980). *Investigación clínica de la diabetes mellitus*. México: IMEPLAN.
- Rodríguez, O. G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ruiz, M. (1996, mayo). Prevención, control y tratamiento de la D.M.N.I.D. *Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la D.M.N.I.D.* Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Diabetes.
- San Martín, H. (1981). *Salud y enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
- San Martín, H. (1981). *Tratado general de salud en las sociedades humanas*. México: La prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
- Spielberger, C. D., Martínez-Urrutia, A., González-Reigosa, F., Natalicio, L y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de autoevaluación Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.

- SA. (1990). *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. México
- SA. (1995). *Epidemiología de la diabetes en la Secretaría de Salud*.
- Vega, F. L. y García, M. H. (1995). *Bases esenciales de la salud pública*. México: La prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
- Wing, R. R., Koeske R., New, A., Lamparski, D. y Becker, D. (1980. julio-agosto). Behavioral skills in self-monitoring of blood glucose: relation ship to accuracy. *Diabetes Care*, 13 (4), 330-333.
- Yalom, I. D. (1975). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupos*. Nueva York: Basic books.
- Zarate, T. A. (1980). *Diabetes Mellitus: bases para su tratamiento*. México : Trillas
- Zubirán, S. (1974, junio). Historia Natural de la Diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Medicina*. México XVIII: Junio.

ANEXO 1

TALLER DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a preservar un óptimo estado de salud y prevenir de esta forma complicaciones debidas a malos cuidados por parte de los pacientes.

Capacitar al paciente con diabetes tipo 2 para el cuidado de su propia salud.

DURACIÓN:

10 Sesiones de dos horas con periodos de una vez semanalmente.

TEMA I. QUÉ ES LA DIABETES

DURACIÓN: 1 Sesión

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.1 El participante comentará sus expectativas sobre este taller y realizará actividades para integrarse en el grupo.
- 1.2 El participante se informará de que es la diabetes mellitus tipo 2.
- 1.3 El participante se informará de posibles complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.

SUBTEMAS

Bienvenida.

Integración grupal.

Diabetes Mellitus tipo 2.

Diagnóstico y tratamiento.

Complicaciones de diabetes y prevención.

¿Por que es importante cuidar la salud?

TÉCNICA DE ENSEÑANZA

Saludo y presentación.

Presentación de integrantes
por binas

Exposición.

Exposición.

Lluvia de ideas.

MATERIAL: Tarjetas que por pares formen refranes. Diapositivas. Hojas Bond.

TEMA II CONTROL DE ESTRÉS

DURACIÓN: 2 sesiones.

SESIÓN 2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1 El participante definirá su concepto de estrés.
- 2.2 El participante analizará con el grupo su concepto de estrés
- 2.3 El participante comentará sus propias reacciones ante el estrés

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
¿Qué es el estrés?	Trabajo en equipos
El estrés en la vida cotidiana	Conferencia informal
Como reaccionamos ante el estrés	Discusión grupal.

MATERIALES. Plumones, hojas bond, pizarrón, gis. video “Viviendo con estrés”.

TEMA II CONTROL DE ESTRÉS

SESIÓN 3

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2 El participante clasificará fuentes de estrés.
- 2.3 El participante analizará sus reacciones a corto y a largo plazo ante situaciones de estrés.
- 2.4 El participante expresará como distribuir su tiempo en diversas actividades para cuidar su salud.

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
Fuentes de estrés.	Trabajo en equipos
Consecuencias ante el estrés.	Exposición.
Aprendiendo a ocupar nuestro tiempo saludablemente.	Lluvia de ideas

MATERIAL: Revistas, periódico, tijeras, pegamento, plumones, hojas de rotafolio, láminas de acetatos, pizarrón, gis.

TEMA III MEDIDAS DE HIGIENE

SESIÓN 4

DURACIÓN: 2 sesiones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.1 El participante se informara de medidas de higiene en general.
- 3.2 El participante se informará de medidas básicas para el cuidado de la piel.
- 3.3 El participante se informará de la importancia de la higiene dental.
- 3.4 El participante analizará situaciones en el ambiente que le hacen sentir estrés y llevará a cabo medidas para disminuirlas.
- 3.5 El participante mencionará pensamientos y acciones que le sirven para controlar el estrés

SUBTEMA

Higiene y salud.

Higiene de la piel.

Entorno y estrés.

Soluciones.

TÉCNICA DE ENSEÑANZA

Lluvia de ideas

Exposición

Corrillos

Lluvia de ideas.

MATERIAL.

Auto-registro de higiene de pies. hojas de rotafolio, plumones. Láminas ilustrativas. Tipodonto. Ropa cómoda.

TEMA III MEDIDAS DE HIGIENE

SESIÓN 5

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.5 El participante practicará rutinas de higiene corporal y aclarará dudas.
- 3.6 El participante se informará de la función de la respiración profunda en la relajación.
- 3.7 El participante practicará la respiración profunda

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
Cuidado de los pies.	Automonitoreo
Prevención y cuidados de los pies.	Exposición.
Función de la respiración en la relajación.	Exposición.
Respiración profunda.	Monitoreo.

MATERIAL.

Auto-registro de higiene de pies, hojas de rotafolio, plumones. Acetatos. Ropa cómoda.

TEMA IV. CUIDADO DE LOS OJOS

DURACIÓN : 1 sesión.

SESIÓN 6

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4.1 El participante se informará de la relación entre la diabetes y daños a la visión.
- 4.2 El participante practicará medidas básicas de prevención.
- 4.3 El participante detectará en su cuerpo zonas de tensión muscular.

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
Examen de fondo de ojo. detección temprana y tratamiento en retinopatía.	Exposición
Prevención.	Exposición
Relajación.	Monitoreo.

MATERIAL: hojas bond, plumones. Diapositivas, ropa cómoda.

TEMA V. ALIMENTACIÓN

TIEMPO REQUERIDO: 2 sesiones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

SESIÓN 7

- 5.1 El participante se informará de los componentes de una alimentación adecuada.
- 5.2 El participante analizará la importancia de continuar con un plan dietético para prevenir complicaciones en la salud.
- 5.3 El participante se informará de los tipos de alimentos que existen y las cantidades que requiere de acuerdo a características individuales.
- 5.4 El participante practicará la relajación mediante la tensión y distensión muscular.

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
La función de la alimentación adecuada.	Exposición.
“El Sr. W. Come a escondidas”.	Estudio de casos.
Grupos de alimentos.	Exposición.
Relajación.	Monitoreo.

MATERIAL.

Texto para lectura comentada. Láminas ilustrativas. Acetatos con esquemas de sistema muscular en cabeza, cara y cuerpo, colchonetas.

TEMA V. ALIMENTACIÓN

SESIÓN 8

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 5.5 El participante elaborará auto-registros para comparar la calidad de alimentación real, con la recomendada por el médico.
- 5.6 El participante practicará la relajación corporal mediante la respiración profunda, la tensión y la distensión muscular.

SUBTEMA	TÉCNICA DE ENSEÑANZA
Registro de alimentación en una comida del día	Autoregistro.
Dieta balanceada.	Exposición.
Relajación.	Monitoreo

MATERIAL: Formato de Auto-registro de alimentación. Esquemas del sistema muscular.
Ropa cómoda.

TEMA VI EJERCICIO FÍSICO

DURACIÓN: 2 SESIONES

SESIÓN 9

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 6.1 El participante comentará sobre los beneficios al practicar ejercicio.
- 6.2 El participante aclarará dudas sobre los cuidados que deben tenerse para practicar ejercicio
- 6.3 El participante practicará la relajación profunda mediante la respiración profunda. la tensión y distensión muscular.

SUBTEMAS

TÉCNICA DE ENSEÑANZA

El ejercicio y tu cuerpo.

Expositiva

Cuidados básicos durante el ejercicio.

Expositiva

Relajación.

Monitoreo.

MATERIAL:

Esquemas del sistema muscular. Ropa cómoda, zapatos cómodos y fácil de quitar. Formato de Auto-registro de actividades deportivas.

TEMA VI EJERCICIO FÍSICO

SESIÓN 10

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 6.4 El participante practicará alguna rutina de ejercicio físico y comentará su experiencia al grupo.
- 6.5 El participante practicará la relajación, mediante la respiración profunda, tensión y distensión muscular.
- 6.6 El participante discutirá hábitos importantes para controlar el estrés.

SUBTEMA

Practicando una rutina de ejercicio.

Relajación.

Estilos de vida y estrés.

TÉCNICA DE ENSEÑANZA

Tarea dirigida

Monitoreo.

Charla informal.

MATERIAL:

Ropa cómoda, hojas de rotafolio, plumones.

ANEXO II

ESTUDIO DE CASOS

El Sr. W. es Diabético, actualmente el médico le ha indicado asistir con el nutriólogo ya que tiene sobrepeso.

El nutricionista le indicó la restricción de algunos alimentos, entre los cuales se encuentran algunos de sus preferidos. Aún cuando a el no le ha parecido del todo, se ha preocupado por que esta dieta se lleve a cabo.

Durante el primer mes el Sr. W. ha logrado bajar $\frac{1}{2}$ K lo cual le es grato.

Durante el segundo mes mantuvo el peso logrado, en el tercer mes bajo nuevamente $\frac{1}{2}$ K, pero durante el cuarto mes ha aumentado la ingesta de calorías. El nutricionista le ha indicado que ha aumentado ligeramente su peso, esta noticia le decepciona ya que siente que sus esfuerzos nunca terminarán en buenos resultados.

- ¿ Qué haría si estuviera en el lugar del Sr. W.?
- ¿ Qué alternativas propone para continuar el plan dietético?
- ¿ Qué situaciones hacen difícil seguir una dieta?
- ¿ Qué alternativas propone para lograr una dieta equilibrada y adecuada ?

CONSENTIR Y CUIDAR TUS PIES

OBSERVACION DE LOS PIES

MEDIDA LLEVADA A CABO

Presencia de ampollas

Presencia de heridas

Presencia de úlceras

Pies muy calientes o muy fríos.

Pies Hinchados

Piel seca

Pies sudorosos

Pulso pedio presente

ACTIVIDADES

OBSERVACIONES

Lavado de pies

Secado de pies

Lubricación de pies

Corte de uñas

Protección con talco

Uso de calcetines

Uso de zapatos cómodos

NOMBRE _____

FECHA _____

ALIMENTACIÓN

HORA	ALIMENTO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DESAYUNO			
COMIDA			
CENA			
OTROS (colación)			