



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

TESIS TEORICA CONCEPTUAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

ADRIANA LEON DEL VILLAR
CLAUDIA ROCIO ZACHS CUEVAS

ASESORES: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ
LIC. MARIA OLGA MEJIA ANZUREZ
LIC. EDY AVILA RAMOS



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

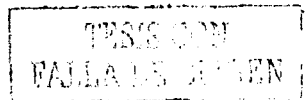
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores *Juanita Olvera, Olga Mejía, y Edy Avila:*

Gracias, por el apoyo incondicional que nos brindaron en la elaboración de este trabajo que es tan importante para nuestro desarrollo profesional. Y mejor aún por su tiempo, dedicación y su valiosa amistad que nos otorgaron en todo momento.



DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Porque son quienes me apoyan en los retos que enfrento y tienen el poder de confortarme en los momentos más difíciles.

Porque son mi más grande riqueza, el tesoro más preciado que jamás pude soñar, son todo lo que la vida me necesita dar.

Gracias, porque sin su comprensión y su apoyo nada de esto hubiera sido posible, gracias por estar siempre a mi lado. LOS AMO.

A MI PEQUEÑO PRINCIPALLO:

A tu lado aprendí que los días no son tan solo, 24 horas de rutina, sino que cada hora de cada día son alicientes para continuar viviendo y disfrutar cada momento que paso a tu lado, eres lo más maravilloso que he podido tener. TE AMO.

A MI HERMANA:

Te quiero mucho, y gracias por soportar mi mal carácter y ser un aliciente para que yo pudiera seguir con este trabajo.

A J. J. G. H:

A lo largo del tiempo que pasamos juntos me hiciste inmensamente feliz, es por eso que considero una pena ya no estar a tu lado. Sin embargo, quiero decirte, que siempre estarás en mi corazón y en mi pensamiento bebe.

A MIS GRANDES AMIGOS:

Javier, Paco, Cuauhtémoc, Arlet, Beatriz, Claudia, Javier Lozano Olivia y Fernando, gracias por estar siempre conmigo en los buenos, en los peores momentos de mi vida y de la carrera y también gracias por brindarme esa megamorrocotudisima amistad. Espero conservarlos por mucho tiempo.

Y gracias a todos aquellos pacientes con diabetes mellitus
que me brindaron su confianza
y me compartieron un poquito de su vida y de su sentir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi familia

Papá y Mamá:

Sé que no existe forma de agradecer todos los sacrificios y esfuerzos constantes que han hecho para ayudarme a salir adelante, pero tengan presente que todo mi esfuerzo es inspirado en ustedes y para ustedes, ya que este logro no lo hubiera podido superar sin su apoyo y amor incondicional.

Muchas Gracias, los amo.

Hermanito :

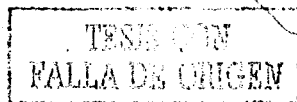
A pesar de que por circunstancias del destino no hemos sido los hermanos más unidos del mundo, quiero que sepas que para mí eres un gran ejemplo a seguir, y que al ver tus logros me has motivado para superar esta gran meta

Té Quiero Mucho

Papá Luis:

Lamento no poder compartir este logro contigo, pero aunque ya no te encuentras a mi lado agradezco todo el amor y apoyo que siempre recibí de ti.

Nunca te olvidaré



A mis amigos

Adriana y Arlet:

Gracias por todo el apoyo que me dieron a lo largo de toda la carrera, por escucharme, aguantarme y especialmente por todos esos momentos de felicidad, angustia, terror y sobre todo de diversión que compartimos juntas y que jamás olvidaré.

Cesar:

Siempre serás un amigo muy especial para mí, ya que gracias a ti aprendí muchísimas cosas que me ayudaron a crecer como persona. Gracias por todo el apoyo y comprensión que me diste.

Miguel:

Gracias por tu apoyo y cariño que me han motivado a seguir adelante y no darme por vencida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

Capítulo 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes Históricos de la Psicología de la Salud.....	4
1.2 Definición de la Psicología de la Salud.....	8
1.3 Corrientes Teóricas que Abordan a la Psicología de la Salud.....	10
1.4 Diferencias Entre Medicina Conductual y Psicología de la Salud.....	13

Capítulo 2. CALIDAD DE VIDA

2.1 Definición del Concepto de Calidad de Vida	17
2.2 Características de la Calidad de Vida.....	23
2.3 Las Emociones Dentro de la Calidad de Vida.....	26
2.4 Importancia del Entorno en la salud y en la Calidad de Vida.....	28
2.5 Medición y Calidad de Vida.....	29

Capítulo 3. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

3.1 Enfermedades Crónico Degenerativas.....	31
3.2 Esquemas y Modelos de Enfermedad.....	34
3.3 Reacciones Emocionales Ante las Enfermedades Crónico Degenerativas.....	35
3.4 Representación Mental de la Enfermedad.....	38
3.5 Complicaciones en la Adherencia a los Tratamientos.....	41
3.5.1 Factores que Afectan a la Adherencia.....	46
3.5.1.2 Intervención del Psicólogo en la Adherencia al Tratamiento.....	47

Capítulo 4. DIABETES MELLITUS

4.1 Antecedentes de la Diabetes Mellitus.....	49
4.2 La Diabetes Mellitus en México.....	51
4.3 Etiología de la Diabetes Mellitus.....	52
4.4 Características de la Diabetes Mellitus Tipo I y II.....	53
4.5 Síntomas de la Diabetes Mellitus.....	54
4.6 Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	55
4.6.1 Causas del Nivel Alto de Azúcar en la Sangre (Hiperglucemia).....	55
4.6.2 Signos de un Nivel Alto de Azúcar en la Sangre.....	56
4.6.3 Complicaciones Visuales.....	56
4.6.4 Complicaciones en los Riñones.....	58
4.6.5 Complicaciones en el Corazón y de la Circulación.....	60
4.6.6 Complicaciones en el Sistema Nervioso.....	61
4.6.7 Complicaciones en los Pies.....	62
4.6.8 Amputaciones.....	63
4.6.9 Complicaciones en la Piel.....	64
4.6.10 Complicaciones Dentales.....	64
4.6.11 Complicaciones de la Diabetes en la Mujer.....	66
4.6.11.1 La Diabetes Pregestacional y Gestacional.....	66
4.6.11.2 Complicaciones Sexuales en la Mujer con Diabetes Mellitus.....	69
4.6.12 Complicaciones Sexuales en el Hombre.....	71

Capítulo 5. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS

5.1 Implicaciones Psicológicas en la Diabetes.....	75
5.1.1 Influencia del Estrés.....	76
5.2 Confrontación con la Enfermedad.....	77
5.3 La Enfermedad como Crisis Familiar.....	78
5.4 Problemas Laborales en la Diabetes.....	80
5.5 Problemas Sociales en la Diabetes.....	82
5.6 Actividades Recreativas del Paciente con Diabetes Mellitus.....	84
5.7 Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus.....	85
5.8 Evaluación de Estrategias de Intervención para Mejorar la Adhesión Diabetológica.....	88
5.9 Personas que Intervienen en el Apoyo Psicológico del Paciente.....	91

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 6. PROPUESTA

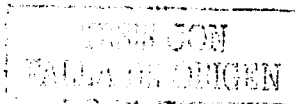
Descripción de la Propuesta..... 93

CONCLUSIONES.....98

ANEXOS

Instrumentos

BIBLIOGRAFÍA



RESUMEN

En las últimas décadas la psicología de la salud ha crecido de una forma impresionante, esto debido a que la salud es un aspecto que a todos nos atañe y más aún cuando se trata de su prevención y promoción, es por esto, que la psicología de la salud viene a sustituir la idea de que la salud es un aspecto meramente físico sino que también es de gran importancia tomar en cuenta las emociones, es decir, el aspecto psicológico de cada ser humano, ya que está claro que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestros pensamientos, conductas y relaciones sociales, por esta razón la psicología de la salud adopta un modelo biopsicosocial.

Ahora bien, un aspecto que se ha convertido en un área importante de investigación dentro de la psicología de la salud es la Calidad de Vida la cual está estrechamente relacionada con la salud, ya que ésta es considerada como la forma en que el individuo utiliza los recursos que tiene a su alcance para lograr un grado de satisfacción total, tanto objetivo, tomando en cuenta las condiciones de vida bajo criterios observables, como subjetivo, considerando el cómo la gente aprecia su vida personalmente, sus juicios cognitivos y reacciones afectivas, lo cual variará de acuerdo a los juicios de cada individuo.

Si se considera que la calidad de vida está relacionada con la salud, por ende se considerará relacionada con la enfermedad, ya que la psicología de la salud no sólo trata la prevención de la enfermedad, sino también la rehabilitación de la misma. De esta forma, ya que la diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes hoy en día, el objetivo de este trabajo es conocer la forma en cómo una enfermedad crónica afecta la forma de vida de las personas y cómo su calidad de vida influye en la aceptación de sus nuevas condiciones, para que a partir de ello se elabore una propuesta para la aceptación de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas diabéticas; esta propuesta será a nivel preventivo, dando información a través de trípticos, carteles, además de organizar grupos de apoyo, en donde los pacientes diabéticos reciban información más específica de su enfermedad e interactúen con otras personas con su mismo padecimiento.

TRABAJO DE
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Dentro de la psicología de la salud no sólo la cura, la supervivencia y la cantidad de vida de los pacientes es importante, sino que también lo es su calidad de vida, este argumento es relevante en el campo de la rehabilitación y de las diferentes clases de enfermedades crónicas. Por lo tanto la dificultad para definir la calidad de vida en el ámbito general, la encontramos también en el caso concreto de la calidad de vida considerada como un aspecto posible de la enfermedad crónica. Independientemente de los contenidos concretos de las diferentes definiciones, si las comparamos es evidente que difieren unas de otras en dos aspectos: primero, algunos autores definen calidad de vida como una medida global, una evaluación global, mientras que otros la definen en términos de sus componentes o combinan ambos puntos de vista (Andrews y Withey, 1976; Campbell et al., 1976; citado en Fernandez, 1994).

Cabe mencionar que los diferentes autores usan también diferentes operacionalizaciones de la calidad de vida. La mayoría incluye la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y sus posibilidades de ejecutar diferentes actividades. Otros incluyen, además, el apoyo social percibido (Campbell, 1976; Shaw, 1977 op.cit.). Sin embargo, el impacto de la enfermedad sobre el bienestar de los pacientes puede ser muy importante, ya que algunas personas pierden sus trabajos y realizan gastos importantes para pagar el tratamiento (fármacos, viajes, dietas especiales, etcétera.), por lo que el impacto material puede también afectar a las personas cercanas a los pacientes y someter a la familia a una fuerte tensión. Asimismo, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida. De igual manera la eficacia sanitaria, el bienestar o malestar psicológico parecen influir, en alguna medida, en el funcionamiento del organismo, en la evolución de la enfermedad en los efectos del medicamento y, en últimos términos, en la longitud de vida. Por lo que el esfuerzo mayor de investigación en el área de la salud debe de enfocarse hacia la premisa de cómo posponer enfermedades crónicas, cómo mantener el vigor y disminuir la involución social y psicológica, tomando en cuenta conceptos tales



como "calidad de vida", "bienestar", "sufrimiento", etcétera. ya que deben formar parte de nuestros objetivos sanitarios.

Cabe destacar, que se han realizado algunas investigaciones relacionadas con la calidad de vida en pacientes crónicos, tal es el caso de Font (1988, citado en; Fernández, 1994), quien propone que la evaluación de la calidad de vida en pacientes de cáncer es importante porque permite: a) conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, aun nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; b) conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; c) conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; d) evaluar mejor las terapias paliativas; e) eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; f) ampliar los conocimientos sobre la evolución de la enfermedad; g) ayudar en la toma de decisiones médicas, h) potenciar la comunicación médico/paciente, y finalmente i) facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Ya que estos aspectos son de gran importancia dentro la psicología de la salud, es importante considerarlos no sólo en pacientes oncológicos, sino también en otro tipo de enfermedades crónicas, como por ejemplo, la diabetes que en nuestros tiempos ha tenido gran incidencia además de ser una enfermedad de la cual no hay medidas preventivas y que en la mayoría de los casos inicia antes de los 25 años (Diabetes, tipo I). Además, ya que no existe cura para la diabetes es de gran importancia someterse a un tratamiento adecuado para el control de la misma, lo cual, muchas veces resulta difícil de aceptar porque este tratamiento es muy riguroso y debe ser constante, teniendo en consideración que se debe de llevar a cabo de por vida. Por esta razón, la mayoría de las personas diabéticas solo se adhieren a dicho tratamiento a grosso modo. Finalmente, a partir del conocimiento de las características principales de la diabetes es importante reconocer la forma en como una enfermedad crónica como ésta, afecta el estilo de vida de las personas y como su calidad de vida influye en la aceptación de sus nuevas condiciones.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene por objetivo elaborar una propuesta para mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas, para ello se abordarán 5 capítulos, con los cuales intentaremos dar una visión más amplia de los aspectos que rodean la calidad de vida de una persona diabética, de esta manera, en el primer capítulo se mencionarán los antecedentes históricos de la **psicología de la salud** así como su definición, las corrientes teóricas que abordan a la psicología de la salud, de igual forma los aspectos más importantes entorno a la misma. En el capítulo 2, se abordará el concepto de **calidad de vida**, dándose a conocer su origen, algunas de sus definiciones, las características del concepto de calidad de vida, la concepción que se tiene de la calidad de vida dentro de la psicología de la salud, así como las características principales de la misma. En el capítulo 3, de **enfermedades crónico degenerativas** se abordaran las principales etapas por las que podría pasar un enfermo crónico, desde la representación que el paciente elabora acerca de su enfermedad, las reacciones emocionales que surgen con la enfermedad, así como lo referente a la adherencia al tratamiento que tiene que seguir un paciente. Posteriormente, en el capítulo 4, de **diabetes mellitus**, se mencionaran los antecedentes históricos de la diabetes, su etiología, los tipos de diabetes y sus principales características, los síntomas y las complicaciones que se pueden presentar. En el capítulo 5 de **calidad de vida en personas diabéticas**, se describirán las implicaciones psicológicas de la diabetes, cómo afecta la enfermedad a la familia del paciente, los problemas que pueden sufrir las personas diabéticas dentro de su campo laboral, social, así como en su vida diaria, asimismo, como un paciente diabético puede enfrentar su enfermedad, también se abordarán los aspectos relacionados acerca de la adherencia a un tratamiento de la diabetes, de la misma manera, se hablará acerca de las personas que intervienen en el apoyo psicológico del paciente diabético. Contando con un panorama más amplio acerca de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus se podrá brindar el apoyo adecuado y así tener a un mejor entendimiento de su conducta. Finalmente en el capítulo 6 se dará una propuesta para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes Históricos de la Psicología de la Salud.

Actualmente, ha surgido un gran interés por estudiar el estilo de vida de las personas y como este afecta su salud. Es evidente que la carga económica que conlleva la atención a los problemas de salud, es uno de los aspectos principales que ha contribuido a que se revalore el estilo de vida y conducta en relación con el proceso de salud-enfermedad.

La psicología como ciencia encargada del estudio de la conducta, tiene mucho que contribuir al campo de la salud y "la psicología de la salud se ha vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la psicología clínica". Phares, p. 457.

Por esta razón, a continuación, se revisaran algunos antecedentes históricos del desarrollo de la psicología de la salud.

La preocupación por la salud y la enfermedad, ha existido desde que se tiene conocimiento de las primeras sociedades y se ha considerado desde siempre como una cualidad inherente al ser humano.

Se explicaba que la enfermedad tenía relación con posesiones demoníacas o de tipo espiritual y que estas fuerzas malignas controlaban a la persona. Para su curación era necesario expulsar a esas fuerzas malignas del cuerpo.

Por otra parte, "los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. La recuperación conllevaba buscar el equilibrio de los mismos. Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) pág. 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Algunos autores como "Suls y Rittenhouse (1987), han señalado una gran cantidad de referentes históricos que llegan hasta Aristóteles. Inclusive era bastante claro, que ciertos procesos psicológicos podían culminar en la enfermedad física. Para la década de 1940, esta generalización más amplia se había unificado dentro del campo de la medicina psicosomática. De manera más específica, los investigadores, por ejemplo, "Alexander, 1950" habían identificado varias enfermedades psicosomáticas, como la úlcera péptica, la hipertensión básica y el asma bronquial." Citado en: Phares, 2000, pág. 458.

A partir de entonces, surgió la clasificación de las enfermedades causadas por factores orgánicos y las provocadas por factores psicológicos. Se comenzó a considerar que si alguna persona padecía una enfermedad psicosomática, tenía un conflicto inconsciente y por lo tanto se predisponía a algún padecimiento.

Estas ideas, pronto comenzaron a considerarse como erróneas ya que tenían un bajo nivel de predicción y los estudios empíricos no apoyaban a las teorías. Por lo tanto, también el campo de la medicina psicosomática fue perdiendo terreno, y los factores psicosociales que participan en toda enfermedad fueron considerados en primer lugar en relación con el proceso de salud-enfermedad.

Es importante mencionar, que "los psicólogos se han interesado en las cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo" (Rodin y Stone, 1987, citado en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000 pág. 9).

Sin embargo, el movimiento más importante que se puede identificar dentro de la psicología, como psicología de la salud se presenta a finales de la década de 1970. (Matarazzo, 1980; Stone, 1979; Citados en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; pág. 12).

Desde entonces, el crecimiento del movimiento llamado psicología de la salud ha sido sorprendente. Existen diversos factores que nos explican el surgimiento de la misma. De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, uno de los factores importantes fue el cambio en la concepción del término salud y tener buena salud. Tradicionalmente, hemos entendido que la salud es la ausencia de enfermedad. Posteriormente, se ha acordado que

este concepto debe entenderse más ampliamente como "un completo estado de bienestar físico, mental y social" (Stone, 1979, pág. 16; citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Es pertinente destacar que con este cambio conceptual, surge la incorporación de los aspectos psicológicos en el campo de la salud.

Paralelo al cambio de la definición de salud, también se hicieron críticas al modelo biomédico, basado en el reduccionismo y en el dualismo cuerpo-mente, dicho modelo enfatiza los aspectos físicos e ignora los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad.

Actualmente, podemos observar que este modelo biomédico, aún sigue vigente y si bien es cierto que ha realizado grandes contribuciones a la ciencia médica sobre todo en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, también ha demostrado grandes deficiencias en la explicación y control de algunas enfermedades crónicas, especialmente en aquellas en las que los factores psicológicos se encuentran presentes.

Recordemos que anteriormente, al siglo XIX las enfermedades infecciosas como la difteria, tuberculosis, neumonía e incluso la gripe, ocupaban el primer lugar en la mortalidad, de la población. Sin embargo, los avances en el descubrimiento de antibióticos efectivos, el desarrollo de la tecnología y la aparición de las vacunas dieron lugar a la erradicación de este tipo de enfermedades y a la longevidad, en la que desgraciadamente, han aparecido enfermedades crónicas de difícil tratamiento.

Las enfermedades crónicas, están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles en su mayoría. Knowles (1977, citado en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000 pág. 17) menciona que "nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas".

El reconocimiento de que la conducta y un ambiente inadecuado están relacionados con la aparición y prevención de las enfermedades crónicas, fue el antecedente más importante, para el surgimiento de una nueva área de la psicología, nos referimos a la psicología de la salud.

Se ha demostrado que una gran parte del costo de la atención a la salud se puede descubrir de manera directa en las conductas y estilos de vida deficientes del ser humano, que dan por resultado lesiones, accidentes, el envenenamiento o la violencia. Además, se deben tomar en cuenta el alcoholismo y la fármaco dependencia, el tabaquismo, los problemas dietéticos-nutricionales y otros semejantes (Phares, 2000 y Becoña, Vázquez y Oblitas 2000).

Es evidente, que uno de los aspectos de mayor importancia en el campo de la salud, son los altos costos económicos, Matarazzo, 1991 (citado en Phares, 2000), mencionó que para el año 2000 en Estados Unidos se tenía calculada una inversión del 14% del producto interno bruto. Una cantidad importante de los costos va destinada a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables.

Desgraciadamente, aunque se invierten grandes cantidades de dinero en el sistema de salud de algunos países en la población no se ve reflejada una mejoría de salud ni tampoco un incremento importante de los comportamientos saludables que ayudarían a prevenir enfermedades crónico-degenerativas.

Por otra parte, en los últimos años, se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, etcétera, todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud.

En particular, la psicología de la salud y la medicina conductual son consideradas como sinónimos. Sin embargo, actualmente no parece ser correcto, ya que se ha realizado distinción de los campos. Por esta razón, la psicología de la salud representa la contribución específica de la disciplina de la psicología, a esta base de conocimientos y técnicas llamada medicina conductual. Quizá la distinción más importante entre la medicina conductual y la psicología de la salud sea la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y la enfermedad

De acuerdo con Phares (2000) muchos de los trabajos que se han realizado dentro del campo de la psicología de la salud han empleado esquemas conceptuales y teóricos que permiten conocer la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud, el papel del estrés al afectar la conducta, la representación que elaboran los pacientes, tanto de salud como de enfermedad y las maneras en cómo se enfrentan y se ajustan a las mismas.

Por lo tanto, se puede considerar a la psicología de la salud como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitaria. De esta manera los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cuál, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud.

Se ha revisado hasta este momento, algunos de los antecedentes más generales que han dado paso al surgimiento de la psicología de la salud, en el siguiente apartado se hará referencia a las definiciones que han surgido.

1.2 Definición de Psicología de la Salud.

Dado que la salud es una entidad muy amplia y compleja, los ámbitos de aplicación de la psicología de la salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos, aun cuando su origen y práctica habitual haya sido, de modo especial, en el marco de la psicología clínica. Ante esta diversidad, también han surgido diferentes definiciones de la psicología de la salud. A continuación se revisará algunas de ellas.

Rivas y Fernández, (1996, citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996, pag. 917), consideran que "la psicología de la salud, por sus bases científicas, es un campo profesional ecléctico y, por tanto, cuando se pretende delimitarla no es posible seguir los supuestos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada uno puede

aportar. De esta forma, cabe especificar la tarea o meta que los diferentes profesionales implicados deben desarrollar hacia la consecución del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo (promoción o preocupación por incrementar los determinantes de la salud, prevención para detener las causas de los problemas de salud y tratamiento con el fin de recobrar la salud)".

Para estos autores, es difícil tener un concepto único, para definir con exactitud la psicología de la salud.

Para Taylor, (1986, citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) "La psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variantes psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando esta enferma".

Por lo tanto, de acuerdo con Taylor (1986, citado en, Buela, Caballo y Sierra, 1996), se considera que el objetivo de la psicología de la salud no es lograr únicamente que esta sea buena, sino que trata de conseguir, que el individuo pueda desarrollar una capacidad para que, de forma activa, sea capaz de cambiar su situación vital y funcionar al máximo de su capacidad y satisfacción percibidas; teniendo en cuenta, además, que la salud es un proceso social, producto de factores de la vida comunitaria.

Como se mencionó con anterioridad, la psicología de la salud es un campo muy amplio en el cuál existen diversas variantes dentro de las cuales las personas se pueden encontrar inmersas, y a su vez intenta comprender el proceso por el cuál atraviesan las personas.

Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) pág.17 y Phares (2000), pág.458 citan la definición propuesta por Matarazzo 1980 pág. 815, quien define a la psicología de la salud como la suma de contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, para identificación de la etiología y los correlatos

diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud.

Por su parte, Carrobes (1993), define a la psicología de la salud como “el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” Pag. 184.

En cualquier caso, sigue siendo muy difícil establecer una definición de psicología de la salud, pues ésta incluye el bienestar o estado de sentirse bien, que es sin duda, un aspecto subjetivo, pero cuya importancia puede ser mayor para la salud que la simple condición física.

Desde el punto de vista particular, se considera que la definición de psicología de la salud, más completa y apropiada es la propuesta por Matarazzo (1980, pag. 815; citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, pag. 17 y Phares 2000, pag. 458) ya que retoma varios aspectos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, así como varios aspectos importantes en el área de la salud, en los que se puede reconocer la inserción del psicólogo en esta disciplina. Además de que esta definición es reconocida internacionalmente.

1.3 Corrientes Teóricas que Abordan a la Psicología de la Salud.

Muchos de los trabajos que se han realizado dentro del campo de la psicología de la salud han empleado esquemas conceptuales y teóricos que permiten conocer la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud, el papel del estrés al afectar la conducta, la representación que elaboran los pacientes, tanto de salud como de

enfermedad y las maneras en cómo se enfrentan y se ajustan a las mismas. De esta manera, Ramírez (1999) considera seis dominios teóricos útiles para esta área:

- ❖ *Teoría de la adaptación*, esta teoría se inicia con el estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y cómo éstos responden a los daños físicos o químicos, lo cual es un aspecto muy importante para el manejo del psicólogo de la salud.

- ❖ *Teoría del afrontamiento*, estudia la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, analiza la forma en que se da el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos, la importancia de esta teoría consiste en la sugerencia de que el concepto de enfermedad en los niños evoluciona en una secuencia sistemática y predecible, así el concepto de enfermedad en el niño puede influir en su propia salud o enfermedad, de tal manera que es importante conocer el nivel de desarrollo cognitivo al considerar cualquier intervención. Dentro de la psicología clínica de la salud se maneja la ansiedad y el estrés producidos por la enfermedad. Un factor relacionado, es que los efectos corporales del proceso de afrontamiento, tienen que ver con la teoría psicósomática.

- ❖ *Teoría psicósomática*, estudia la interacción entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo. Este campo fue dominado por los psicoanalistas quienes intentaban comprender los síntomas corporales en términos de los conflictos psíquicos. Cabe mencionar que la enfermedad y su tratamiento son los estresores mismos, de tal manera que ambos mantienen la salud y el curso de la enfermedad en un interjuego dinámico entre los sistemas ambientales, sociales, cognitivos y fisiológicos.

- ❖ *Teoría humanística*, se enfoca en la forma en que los individuos desarrollan personalidades sanas y los medios que emplean para alcanzar esta meta; también se interesa en cómo el sujeto se hace consciente y puede comunicar sus emociones, encontrando que lo que es la vida de una persona se percibe de acuerdo a su punto de vista. Esta teoría se emplea como una aproximación a la psicoterapia en donde el paciente es una parte consciente y activa con el terapeuta al determinar el curso del tratamiento.

- ❖ *Teoría de la salud conductual*, se refiere a la conducta molar que es guiada para propósitos de salud, o reforzada por hallazgos de la salud, dentro de esta teoría encontramos los trabajos sobre condicionamiento clásico y la teoría del aprendizaje como determinantes que contribuyen al análisis de la conducta, que se han mostrado con éxito para la modificación de la conducta, ya que se ha afirmado que los eventos psicológicos - particularmente las emociones- influyen en las funciones corporales, comprobando que la "relación mente y cuerpo" es bastante directa y persuasiva.

- ❖ *Teoría del desarrollo*, la importancia de esta teoría radica en que se debe establecer de manera firme y consistente, cuales son factores del desarrollo que tienen relación con la salud infantil. "Maddux, Roberts, Sledden y Wright (1986, citado en, Ramirez, 1999)" proponen que la aproximación del desarrollo debe comprender dos elementos principales: a) una orientación hacia el futuro en la que la intervención temprana es importante para la mejora del estado de salud, b) el análisis de cada fase de desarrollo para que se dé atención a los problemas evidentes y particulares a cada periodo.

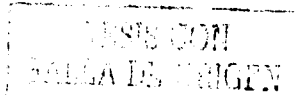
Como puede observarse, existen varias opciones teóricas, a las que el psicólogo de la salud puede recurrir, sin embargo, existe el inconveniente de que no se pueden crear estrategias de intervención que puedan ser útiles en todos los casos.

Por esta razón, se considera que deben tomarse en cuenta, los recursos disponibles y elaborar un plan estratégico en el que se tomen en cuenta los aspectos biológicos, que específicamente se dirige a obtener cambios en las respuestas fisiológicas, el afectivo, que se refiere a los cambios emocionales y el cognitivo, que involucra cambios en la manera en que un paciente conceptualiza un problema, y el conductual que incluye cambios en la conducta manifiesta y que involucra el uso de la teoría del aprendizaje.

1.4 Diferencias entre Medicina Conductual y Psicología de la Salud.

En el ámbito profesional, podría decirse que existe una buena disposición hacia un mayor desarrollo de la medicina conductual y de la psicología de la salud; por un lado, la mayoría de los psicólogos profesionales se identifican con un modelo conductual (Ávila 1989); por otra parte, es necesario tener en cuenta que los psicólogos que trabajan en el ámbito de la medicina conductual y de la psicología de la salud normalmente proceden de la psicología clínica con orientación conductual.

Sin embargo, es importante distinguir que aunque las contribuciones de la medicina conductual, no son menos importantes, existen diferencias muy marcadas con el campo de la psicología de la salud y no deben confundirse, ya que en la primera, se utiliza la aplicación de técnicas y procedimientos derivados del condicionamiento clásico y operante para intervenir en la modificación de respuestas alteradas en relación a la curación de algunas enfermedades. Su campo de intervención se relaciona con la práctica clínica y desde nuestro punto de vista, el modelo de medicina conductual es insuficiente para abordar los problemas actuales que se relacionan con la salud. En el caso de la



segunda, nos parece ser un enfoque más apropiado y con grandes expectativas a futuro, ya que de acuerdo a la definición de psicología de la salud de Matarazzo,(1980) que adoptamos para este trabajo, la psicología de la salud, puede intervenir en un campo más amplio, como la evaluación y diagnóstico de "comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas, a la valoración de intervenciones biopsicosociales y de los sistemas de salud" (Vega, 2002, pág. 39), aunque cabe señalar que también interviene en la promoción y mantenimiento de la salud.

Desde el punto de vista personal, este es uno de los aspectos fundamentales, ya que fomentar y mantener conductas saludables para evitar la enfermedad, es a futuro la alternativa más viable para evitar algunas de las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones que afectan a la población actualmente.

En lo que respecta a la investigación en psicología de la salud, es aún muy limitada, tal como se demuestra en un reciente trabajo en el que se analiza la investigación y la docencia en el ámbito universitario, donde de momento los trabajos de investigación en este campo son muy reducidos si se compara con la investigación realizada en la psicología clínica y en la medicina conductual. Las razones pueden ser varias, pero de acuerdo con Buela (1996) la dos más importantes son que, por una parte, resulta difícil conseguir financiamientos para investigar la forma de prevenir los problemas que no están presentes y por otra parte, en el campo de la psicología de la salud las investigaciones necesitan unas muestras considerablemente grandes, lo cual no es fácil conseguir en la investigación.(Buela,1996).

A pesar de que esta puede representar una desventaja, es importante recalcar que la aportación de la psicología de la salud puede y debe ser considerada una de las más grandes contribuciones de los últimos años en lo que a materia de salud se refiere. No obstante, no debemos olvidar el carácter multidisciplinario de las ciencias de la salud, en las cuales, el psicólogo se integra en el colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud: enfermeros, médicos, sociólogos, trabajadores sociales, etcétera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el auto cuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud.

Sin embargo, hasta el momento no se había aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no habían sido claramente definidas en el área de la salud, y el principal propósito es que la población en general o bien la que padece alguna enfermedad, adquiera un sentido de control sobre su enfermedad y sobre la calidad de su vida.

Taylor (1986, citado en Buela, caballo y Sierra, 1996), señala que las distintas áreas de estudio y de aplicación en las que intervienen los psicólogos de la salud, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- ψ Los psicólogos de la salud están interesados por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.

- ψ Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

- ψ Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.

ψ Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Retomando lo mencionado por Taylor (1986, citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) el psicólogo de la salud se debe enfocar en la promoción de la salud, previniendo la enfermedad, y en otros casos en la enfermedad en sí, en el tratamiento de la misma y principalmente en los factores psicosociales que contribuyen a esta.

Como ya se mencionó con anterioridad, en la investigación acerca de las cuestiones de la salud existe una creciente preocupación por evaluar no sólo los problemas de salud sino; de igual manera la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de y para la salud. Sin embargo, el uso generalizado del concepto de calidad de vida, puede resultar muy ambiguo. Por tal motivo, en el siguiente capítulo se abordará desde un punto de vista mas amplio la calidad de vida.

CAPITULO 2

CALIDAD DE VIDA

2.1 Definición del Concepto Calidad de Vida.

Por la gran dificultad que genera dar una definición exacta, se debe señalar que el concepto de calidad de vida tiene sus orígenes en el periodo del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de su existencia, donde se proponía una sociedad perfecta, donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como del trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etcétera; como objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud (Quintero y González, citado en Buendía, 1991).

Posteriormente, comenzaron a surgir diferentes conceptos e indicadores de longevidad, educación, ingresos, etcétera, que apoyaban el estudio de la calidad de vida y que permitían a los profesionales de la salud establecer mejores estrategias de intervención.

Ya en los años 70s, el concepto de calidad de vida toma importancia como un intento de distintos investigadores sociales por superar el estrecho marco de análisis de bienestar imperante en ese momento que básicamente se refería a cuestiones económicas.

A partir de entonces, autores como Baucr y Gross (a mediados de los 60s), empiezan a cuestionar esta situación y consideran que se debe incluir una serie de medidas no económicas, sobre las condiciones en las que viven los individuos (modo, nivel, condiciones y estilo de vida). No obstante, la multidisciplinariedad desde la que se puede abordar el tema economía, sociología, psicología, etcétera, hace que surjan las primeras discrepancias en cuanto al análisis adecuado del mismo. (Prior y De la Poza, 1990; citado en Baltazar 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por ejemplo, Ware (1981, citado en Juárez, 1997), opina que toda circunstancia de vida como: el hogar, el trabajo y las condiciones ambientales, representan un estado natural para estudiar la calidad de vida de la población. Bajo estas circunstancias se observa un estado de salud, que puede medirse a través de la morbilidad y la mortalidad; y éstos a su vez son indicadores que nos permiten definir y evaluar la calidad de vida. Por lo tanto, este autor considera que la calidad de vida, conduce a analizar el impacto de enfermedades y la falta de habilidades para preveer y enfrentar los problemas de la salud.

Por su parte, Díaz-Guerrero (1986, citado en Baltazar,1999), considera que la calidad de vida debe comprender, la óptima integración de los aspectos biopsicosociales en los diferentes contextos en que se encuentra el individuo. Es decir, el conjunto de condiciones que garantizan el bienestar de una persona en términos del óptimo desempeño, facilitando su adaptación e integración a las condiciones en las que vive.

Es importante mencionar, que aunque el tema de la calidad de vida ha existido desde mucho tiempo atrás, actualmente ha sido retomado por diferentes áreas del conocimiento; entre estas se encuentran la historia, la psicología, las medicina, sociología, el sector público y en el ámbito de la prevención y la planificación.

Ahora bien, la expresión calidad de vida, aparece como un concepto que se refiere a mejorar de manera multidimensional la integridad del individuo y otorgar así calidad de vida y no sólo cantidad de vida. Cabrera (2001).

El interés por evaluar, la calidad de vida surge durante la década de los 50's y a comienzos de los 60's. Periodo en el que se dio un creciente interés por conocer el bienestar de la sociedad y hacen surgir la necesidad de medir esta realidad, a través de datos objetivos; surgiendo desde las ciencias sociales el desarrollo de los indicadores sociales, que son datos estadísticos, que permiten medir hechos vinculados al bienestar social de una población. (Arostegui 1998).

Con las investigaciones realizadas, se dio origen al desarrollo de diversos valores, en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda. Organizaciones como la ONU, UNESCO, OMS, UNICEF, promovieron proyectos de registro de datos y estados

comparativos del estado de desarrollo, las condiciones de vida, y la salud de las naciones. Se hizo necesario, ir acercándose a una valoración de la calidad de vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar los planes de ayuda y políticas de desarrollo que permitieran exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales, en relación con los derechos humanos. (Quintero y González, citado en Buendía, 1991).

Por esta razón, el desarrollo y perfeccionismo de los indicadores sociales, da pie al proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. A mediados de la década de los 70's y a comienzos de los 80's, la expresión de la calidad de vida se comienza a definir como un concepto integrador, que comprende todas las áreas de la vida, y que hace referencia a condiciones objetivas y subjetivas.

Esto significa que la calidad de vida no es solo lo objetivo y concreto que nos rodea, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que le concedemos, lo cual deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población, frente a la vida social.

Así pues, la complejidad social favorece el desarrollo de jerarquías de valores, estilos de vida y modos de pensar diversos. Esta diversidad puede conducir a los distintos grupos sociales a juzgar de forma distinta una misma condición. (Setién, 1993).

Aunque la calidad de vida ha sido ampliamente estudiada, es difícil llegar a un acuerdo en cuanto a cómo definirla, medirla, e incluso, establecer cuáles son las áreas específicas que la conforman. A pesar, de las contradicciones que puedan existir, diversos investigadores interesados en el tema han intentado dar su propia definición y de acuerdo a los objetivos de sus investigaciones, también han dividido la calidad de vida en áreas que les han interesado estudiar.

De esta forma Calman (1987, citado en Moreno, Ximénez, 1996) en un análisis de más de 200 trabajos, señala que su utilización va a la par de su definición.

Por su parte, Campbell, Converse y Rodgers, (1976, citado en Moreno, Ximénez, 1996), han señalado que la calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata.

Es importante mencionar, que aunque existen evidencias de que definir el concepto de calidad de vida no ha sido sencillo, es imprescindible no dejar de lado dicha tarea, ya que su revisión nos será de gran utilidad para ampliar los conocimientos que deben tenerse sobre el manejo de este tema. Por esta razón, a continuación se revisarán algunas definiciones de la calidad de vida.

Otra explicación del concepto de calidad de vida es que es considerado como un fenómeno multidimensional, que tiene su base en el término "vida" el cual se centra en la existencia humana. La vida humana puede ser individual o social, puede referirse a la actividad física o intelectual, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida, etcétera. Y la calidad se entiende como la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; como el grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo, es decir, la calidad se refiere al carácter de la vida más o menos bueno o satisfactorio. (Setién, 1993).

Para Levi y Anderson (1980), la calidad de vida se define como una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.

Por su parte, San Martín y Pastor (1990), señalan que la relación global que el individuo establece entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el medio ambiente total en que vive, es decir en el ejercicio de los valores sociales, definen el concepto de calidad de vida.

Otro concepto de calidad de vida es el propuesto por Palomar, (1995) el cual ha considerado que la calidad de vida es el nivel de satisfacción que informa un individuo de acuerdo a la importancia que concede a cada una de las áreas que conforman su vida.

García, (1997) menciona que la calidad de vida es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico, entre otras) que determinan su bienestar.

Por último, para Veenhoven (1996, citado en Legorreta, 1997), la calidad de vida se debe concebir en dos sentidos: Objetiva y Subjetiva. La calidad de vida objetiva, es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables se encuentran dentro de una buena vida, tales como: seguridad económica, seguridad en las calles, buen cuidado de la salud, educación, etcétera. En este contexto, lo objetivo se refiere a la forma de medición; dicha medición está basada sobre criterios explícitos de éxito que pueden ser aplicados por jueces externos imparciales.

En el otro sentido, la calidad de vida subjetiva, se refiere como la gente aprecia su vida personalmente, por ejemplo, qué tan seguro piensa que es su ingreso, cómo siente la seguridad en la calle. De ahí que los criterios subjetivos, varíen de acuerdo a los juicios emitidos por los individuos y por ende no sea posible explicitar estándares a través de juicios externos (Veenhoven, 1996, citado en Legorreta, 1997).

Es importante hacer énfasis en la calidad de vida subjetiva ya que las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de satisfacción.

Hasta ahora, se ha revisado que existen varias definiciones del concepto de calidad de vida de forma general. A continuación se mencionarán algunos aspectos que relacionan el concepto de calidad de vida con la psicología de la salud. Esto con la finalidad de lograr una mayor comprensión con la problemática que se abordará posteriormente.

Desde el punto de vista de la psicología de la salud, Lewis (citado en Escalante, 2000) considera "la calidad de vida como el grado en el que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad. Buckhard, considera que es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material, así como las buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo en el ámbito personal." Pag.23

Secchi (1996) analiza el concepto de calidad de vida como un fenómeno transcultural y subjetivo; sostiene que no existe ni mucha ni poca calidad, sino sencillamente se tiene o no; la vida tiene calidad cuando se vive con vida. La transculturación es el elemento que no permite generalizar al concepto ya que aún dentro de una misma cultura y también dentro de un mismo nivel económico, cada individuo tiene su medida de calidad de vida.

Para su estudio, diversos especialistas y diferentes disciplinas han hecho aportaciones tanto en el terreno del entorno físico y biológico, de producción, de síntomas y signos de bienestar-malestar, como en necesidades humanas y satisfacción; con estos elementos podemos decir que se trata de un concepto multidimensional. (Setien,1993; Grau,1996).

Desde la perspectiva psicológica, en el concepto de calidad de vida se aporta una visión, donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente, se ven reducidas; dichas necesidades pueden ser biológicas y aprendidas, por lo que cada cultura influye en su número y contenido: Freud, Maslow y Muerryay aportan las teorías en las que se basa esta concepción (Setián,1993).

Por su parte, Grau (1996), menciona que el concepto se refiere a la preocupación por la salud e higiene pública, extendiéndose a los derechos humanos, laborales y cuidados, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

La definición adoptada por las Naciones Unidas sobre la calidad de vida como medida de bienestar físico, mental y social tal como lo percibe cada individuo y cada grupo;

comprende un estado satisfactorio en nueve factores que la componen: salud, alimentación, educación trabajo, vivienda, vestido, recreación seguridad social, y derechos humanos (González, 1995, citado en Escalante, 2000).

Finalmente, una vez analizadas algunas definiciones que se han dado acerca de la calidad de vida, desde nuestro punto de vista, coincidimos con la definición propuesta por Veenhoven (1996, citado en Legorreta, 1997), ya que considera tanto los aspectos objetivos como los subjetivos dentro de la calidad de vida, es decir, toma en cuenta los aspectos observables que podrían hablar de una buena vida y también, criterios subjetivos que variarán dependiendo de los juicios de cada persona por lo que la concepción que cada persona tenga sobre una buena calidad de vida dependerá de sus interpretaciones y valoraciones de los aspectos subjetivos de su entorno.

Asimismo, se considera pertinente destacar lo que Secchi (1996) menciona acerca de que el concepto de calidad de vida varía de cultura a cultura y puede depender del punto de referencia, que cada individuo tenga acerca de la calidad, es decir, si bien hablamos de calidad de vida como concepto universal, en la práctica este concepto variará de individuo a individuo.

2.2 Características de la Calidad de Vida

Dentro del concepto de calidad de vida, que menciona Juárez (1997), hace referencia a varias características que ayudarán a entender el concepto. Entre estas se pueden mencionar:

-Nivel de Vida

El nivel de vida es definido por García, y Lima (1985), Johansson (1970, citados en Ramírez, 1998) como la base material de la existencia cotidiana; lo que permite juzgar la presencia o ausencia de las condiciones "primarias" que se requieren para satisfacer las

múltiples necesidades del hombre, por ejemplo alimentación, vestuario, vivienda, salud, trabajo.

Asimismo, para determinar el nivel de vida desde un punto de vista conceptual, la definición debe incluir tanto los aspectos objetivos, como los subjetivos, de esta forma el nivel de vida debe estudiarse en sus múltiples aspectos expresadas mediante el empleo de diversos indicadores, por ejemplo, tasa de esperanza de vida, índice de mortalidad.

-Modo de Vida

El concepto de modo de vida, significa el modo por el cuál los miembros de la sociedad, las clases y la sociedad en general, utilizan y desarrollan las condiciones de su vida.

Es así, que dicho término, de muy amplia significación tiene los aspectos cuantitativos y cualitativos mutuamente relacionados. Si el aspecto cuantitativo del modo de vida se expresa fundamentalmente, en determinado sistema de exponentes de bienestar material; el aspecto cualitativo se expresa ante todo, en el grado de libertad social, en las condiciones de desarrollo del individuo, en sus valores espirituales y culturales (García y Lima, 1985, citados en Ramírez, 1998).

De manera general, se puede decir que el concepto de "modo de vida" posee rasgos generales de la forma de vivir del hombre en una sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social en cuestión para la actividad humana, es decir, toma en cuenta el modo en que vive el hombre. Se puede decir que la calidad de vida, se condiciona y está íntimamente relacionada con el "nivel de vida", y el "modo de vida", por lo que el constructo de la "calidad de vida" pone de manifiesto el problema de compaginar el nivel y el modo de vida de acuerdo con las formas de conducta y vida cotidiana de los miembros de una sociedad.

-Estilo de Vida.

En cuanto al estilo de vida se puede decir que es un término no preciso, y algunos de sus matices pueden ser tomados fuera de contexto. Se debe tomar en cuenta que formalmente un estilo de vida implica tanto un conjunto de consumo como las preferencias. (Bliss, citado en Ramírez, 1998).

Al suponer que las preferencias están determinadas por el estilo de vida, se está descuidando el componente puramente individual e ideológico de las preferencias. Una opinión como ésta tiene amplio apoyo. El modelo clásico se adhiere a ella al suponer que los gustos son uniformes. Quienes hacen hincapié en los determinantes sociales y culturales de los gustos también hacen a un lado lo puramente individual.

-Estándar de Vida.

Finalmente, podemos llamar estándar de vida a lo que queramos. Sin embargo, alejarse demasiado de su uso común puede causar confusión. Quizá sea inconveniente que los economistas, y el uso popular, hayan subordinado el término estándar de vida a un significado económico limitado. Ya que lo han hecho así, probablemente deberíamos inventar un nuevo término si se tiene la intención de darle un significado diferente. La calidad de vida ya desempeña ese papel.

Debido a que la satisfacción es un concepto central en la investigación de la calidad de vida, debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, felicidad, afecto positivo

2.3 Las Emociones Dentro de la Calidad de Vida.

Como ya se ha mencionado anteriormente, en el nivel teórico más general, "calidad de vida" se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. En otros términos, la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos (o de deterioro) para el desarrollo vital humano. Así la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para acumulación genética de ventajas biológicas (Breilh, 1992; citado en Blanco, Rivera, López, Rueda, 1995). Es decir, la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente- en calidad y cantidad- el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, es lo que permite que su población tenga una mejor calidad de vida.

La revisión del concepto de calidad de vida requiere, necesariamente, de la discusión sobre la necesidad humana. Como punto de partida, esta idea remite a la explicación de una concepción de ser humano al que se define y diferencia de otras especies vivas, por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse a sí mismo. Esta transformación es realizada mediante la actividad vital más específicamente humana: el trabajo. A través de este, el hombre es capaz de transformar en objeto de sus necesidades y de su actividad todos los fenómenos de la naturaleza y, en ese proceso, desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades. (Marx, 1971 citado en Blanco, Rivera, López y Rueda, 1995).

Por otra parte, Setién (1993), menciona que en el campo de la salud, las metas de más alto grado de calidad de vida, estarían representadas por una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud, y que ello, esté distribuido equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad. La orientación hacia la salud se da con el bienestar físico, mental, y social

Asimismo, existen factores de calidad de vida, pueden ser una genética, una familia o un contexto disfuncional (Sumay,1996). También las emociones juegan un papel muy importante, sirviendo como punto de interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Lazarus y Folkman,1986; citado en Escalante, 2000)

De esta forma, Fernández (1994) trata la relación que existe entre las emociones y la salud; el principal problema para desarrollar esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico, y lo subjetivo y cambiante de las emociones humanas. La vía de acción más conocida de las emociones sobre la salud, es el estrés, cuando éste se torna crónico, aumenta la vulnerabilidad de manera específica, ante las enfermedades. Con respecto a esta respuesta se ha descubierto que los mecanismos neuroendocrinos se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas. Algunas emociones también se han relacionado con cefaleas, asma y la diabetes. Al respecto Font (1994) considera que: "lo más relacionado con la reducción de la calidad de vida en los pacientes con cáncer, no son los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacidades funcionales sino aspectos psicológicos como el miedo, la ansiedad, depresión, e insatisfacción con el propio aspecto."

De acuerdo con Font (1994) el estudio científico de calidad de vida en el ámbito de la salud es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico-fisiológico.
- Conocer los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad
- Evaluar mejor las terapias paliativas
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Retomando lo anterior se puede decir que las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud, los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades y las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos (Fernández, 1994).

Como se ha venido mencionando con anterioridad, las condiciones óptimas dentro del estado emocional, material, y social de una persona son imprescindibles para obtener una buena calidad de vida, tomando como punto de referencia lo que para cada cultura e individuo les otorgue mejores niveles de satisfacción, esto se verá reflejado en las formas de vida, viviendas, costumbres y políticas sociales.

De acuerdo con Fernández (1994), se considera que las emociones negativas y conductas inadecuadas son factores que ocasionan niveles de salud deficientes y son generadores de una mala calidad de vida. Por esta razón, las conductas saludables y las relaciones interpersonales, que tengan dentro de sus grupos sociales son determinantes para mejorar su calidad de vida.

2.4. Importancia del Entorno en la Salud y en la Calidad de Vida.

En los últimos años, en la investigación relacionada con el campo de la salud, existe una creciente preocupación por conceptuar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de y para la salud.

Sin embargo, el uso generalizado de esta noción para referir situaciones de muy diversa naturaleza, ha inducido a una ambigüedad teórica que es necesario superar. La noción de calidad de vida, como ya se ha señalado, se sustituye por el concepto de condiciones de vida, entendidas como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación (Blanco, 1995).

Algunas investigaciones concretas sobre condiciones de vida y salud han desarrollado diversas vías y énfasis distintos, unos analizan las condiciones de vida como determinantes de los perfiles epidemiológicos generales, otros las consideran en su relación como entidades patológicas específicas y, finalmente, otros examinan las formas en que

territorialmente se manifiesta su articulación con el proceso salud mental. (Breilh, 1990 citado en Blanco, 1995).

El espacio urbano es el escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de vida y a las que se les atribuye, por lo tanto, vinculación estrecha con el proceso salud-enfermedad. A una distribución socialmente diferenciada, del espacio urbano se corresponderá estrechamente un patrón diferencial de morbimortalidad. El punto de partida de esta aseveración es la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño de los distintos grupos sociales. Condiciones de vida que tienen una expresión territorial y pueden ser observadas a través de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso, a servicios de educación y atención médica y las posibilidades de utilización positiva de tiempo libre, entre otras (Blanco, 1995).

2.5 Medición y Calidad de Vida.

La medición de la calidad de vida es una medida que muestra el grado en que el individuo satisface sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas, es decir, de todo tipo, sean materiales o no materiales); el óptimo de calidad de vida se coincide con las metas del desarrollo personal. Partiendo de la teoría de las necesidades jerárquicas de Maslow, se han seleccionado once áreas o componentes de calidad de vida, estos son: salud, bienes materiales, trabajo, vivienda, seguridad, educación, familia, entorno social, tiempo libre, religión y política (Setién, 1993).

Holtgrave (1997; citado en Escalante, 2000) señala la existencia de tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la calidad de vida. El primero es la función física, que comprende la discapacidad, ocupación manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo, y entrenamientos. La segunda función es social: familia, vida social y

dependencia. Y por último una tercer función, la emocional, que comprende el aislamiento, la depresión y la ansiedad, estas causadas por una enfermedad crónica.

La presencia de alguno de estos comportamientos, como son: la discapacidad, la dependencia, el aislamiento y la depresión pueden ser causados por una enfermedad crónico degenerativa, misma que genera un desequilibrio dentro del estado emocional de una persona cambiando así su calidad de vida, ya que estas enfermedades crónicas generalmente crean un desequilibrio en el comportamiento del ser humano, tanto físico como emocional. Por lo tanto, en el siguiente capítulo se abordará de manera general cómo cada persona va creando su propio esquema cognitivo acerca de la enfermedad, así como todo lo relacionado con el padecimiento de una enfermedad crónico degenerativa. En este trabajo, se hace referencia específicamente a la Diabetes Mellitus, enfermedad crónico degenerativa, que tiene serias repercusiones en la salud y calidad de vida de la población y que actualmente en México, millones de personas la padecen.

CAPITULO 3

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

3.1 Enfermedades Crónico- Degenerativas

Las enfermedades crónico degenerativas, actualmente son las causantes de más del 80% de las muertes y de una fracción todavía más elevada de los casos de incapacidad total, por lo cual, es importante que mencionemos algunos aspectos relacionados con éstas.

De esta forma, una enfermedad crónica puede ser definida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su vida y lo cual probablemente persistirá por largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, los accidentes, etcétera), junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades (Latorre y Beneit, 1992).

Cabe señalar, que en las enfermedades crónicas existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, tal y como sucede también en el caso de las enfermedades agudas; posteriormente, en el curso del trastorno crónico aparecen, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral, social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de "paciente crónico" y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda su vida.

Por lo que respecta a la investigación dedicada al área de la salud, debe de enfocarse hacia la premisa de cómo posponer enfermedades crónicas, cómo mantener el vigor y disminuir la involución social y psicológica. También se debe de tomar en cuenta que la incapacidad y la disminución de calidad de vida a causa de las enfermedades crónicas están inevitablemente vinculadas con la mortalidad eventual, por lo que la decisión personal es importante, ya que la función de cada órgano declina de modo constante con la

edad, es decir, el mantenimiento de la capacidad de los órganos parece requerir el esfuerzo personal, aunque en ocasiones hay ciertas excepciones.

Por otro lado, hablando de los problemas físicos asociados a los trastornos crónicos se pueden destacar dos tipos: por una parte, los derivados de la propia enfermedad y, por otra parte, los que surgen como consecuencia de los tratamientos médicos. Los problemas físicos que son consecuencia directa del propio trastorno pueden ser muy diversos, como por ejemplo; el dolor producido por muchas enfermedades crónicas, los cambios metabólicos provocados por la diabetes, las dificultades respiratorias de los enfermos asmáticos, o las dificultades motoras derivadas de las lesiones en la médula espinal, las cuales suponen importantes problemas para los pacientes, incluso en algunos casos pueden ocurrir deterioros cognitivos (lenguaje, memoria, déficit de aprendizaje), como los derivados de la apoplejía o las tumoraciones cerebrales. Estas consecuencias de los trastornos crónicos imponen, en muchos casos, importantes restricciones en la vida de los individuos (Latorre y Beneit, 1992).

En cuanto a los problemas físicos, derivados de los tratamientos médicos prescritos para el tratamiento de las enfermedades crónicas pueden ser, de diversa índole. Dentro de éstos podemos destacar a los enfermos de cáncer que reciben quimioterapia experimentando, con frecuencia, náuseas, vómitos, la pérdida del cabello y otros efectos desagradables; algunos de estos enfermos pueden sufrir amputaciones quirúrgicas. Los fármacos para hipertensión pueden producir somnolencia, aumento de peso o impotencia sexual. Los tratamientos incluyen, en ocasiones, restricciones en las actividades de los pacientes, cambio en la dieta, dejar de fumar o la necesidad de ejercicio; lo que supone importantes alteraciones en muchos aspectos de la vida de los individuos (Latorre y Beneit, 1992).

De ahí que, en muchos casos los pacientes tengan la sensación de que los tratamientos les imponen muchas limitaciones y suponen una importante fuente de malestar. Además, cabe destacar que no sólo el tratamiento resulta una limitante para un paciente crónico, ya que además, atraviesa por ciertas fases que van marcando importantes cambios en su vida.

Es importante mencionar, que inmediatamente después que los pacientes se enteran que padecen una enfermedad crónica, pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico (Moos, 1977, citado en Latorre y Beneit, 1992). Perciben que su forma habitual de afrontar los problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente; y, como consecuencia de ello, frecuentemente experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo desorganización y otras emociones. Moos y Tsu (1977, citado en Latorre y Beneit, 1992) han sugerido que durante la fase crítica de la enfermedad se producen en los pacientes diversas reacciones adaptativas que implican, entre otras cosas:

- 1.-Hacer frente al dolor y la incapacidad.
- 2.-Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
- 3.-Establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios

Además de estas conductas iniciales de adaptación a la enfermedad, Taylor (1986, citado en Latorre y Beneit, 1992, Pag. 226) menciona que se producen con posterioridad, en distintos momentos de esta fase crítica, diversas reacciones que son muy comunes a cualquier situación de crisis personal, entre estas podemos mencionar:

- 1.-Mantener un equilibrio emocional razonable.
- 2.-Conservar una autoimagen satisfactoria.
- 3.-Preservar sus relaciones familiares y de amistad.
- 4.-Prepararse para un futuro incierto.

De esta forma, los individuos que sufren una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a los problemas de la fase crítica. Pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante los primeros momentos. Otros pacientes pueden, por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento (Moos y Tsu, 1977, citados en Latorre y Beneit, 1992).

Por lo anterior, se considera que es importante que tanto el paciente como las personas más allegadas reconozcan el momento en el que se presenta la crisis, para así poder ayudar y apoyar oportunamente, tomando en cuenta que esta crisis varía de persona a persona, y se puede presentar en distintas etapas de la enfermedad, además es importante recalcar que de acuerdo a la información con la que cuente el paciente acerca de su problema, dependerá en gran medida la forma en como éste lo afronte y de esta manera modificar los estilos de vida que le permitan mantenerse estable y retardar o evitar las complicaciones secundarias de una enfermedad crónica degenerativa en particular.

Además, desde el punto de vista particular, es importante destacar el papel que juegan los aspectos cognitivos tanto en la aceptación del padecimiento de una enfermedad crónica, como en los recursos con los que cuenta el paciente para afrontarla.

Por esta razón, a continuación se revisaran algunos puntos de vista, que abordan la importancia de la concepción de la enfermedad y los aspectos que intervienen en el significado que tiene para los pacientes.

3.2 Esquemas y Modelos de Enfermedad

Como consecuencia de sus investigaciones, Leventhal (1983, citado en Latorre y Benoit, 1992) sugiere que las representaciones o esquemas cognitivos que los pacientes elaboran sobre sus enfermedades incluyen diferentes factores o variables, de los cuales, su combinación da lugar a diferentes esquemas o modelos de enfermedad. De esta forma las representaciones que hacen los pacientes incluyen tres *modelos dominantes de enfermedad*:

- a) Modelo de *enfermedad aguda*: se concibe como causada por factores muy concretos (como un virus o agente bacteriano), con una duración corta y de consecuencias sólo a corto plazo.

- b) Modelos de *enfermedad crónica*: causada por múltiples factores, entre los que se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados; es de larga duración y produce graves consecuencias
- c) Modelo de *enfermedad cíclica*, caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos.

Leventhal y cols. (1984, citados en Latorre y Beneit, 1992) han puesto de manifiesto que para la elaboración de estos modelos de enfermedad, las personas utilizan cuatro **fuentes de información**: en primer lugar, las *experiencias corporales* del paciente, como son la naturaleza, persistencia y severidad de sus síntomas. La segunda fuente de información, se refiere a las *concepciones* predominantes de la enfermedad de la cultura del individuo. La tercera viene dada por la *comunicación* social o información obtenida a través de otras personas, como familiares, amigos y fundamentalmente profesionales de la salud. Por último, la información proveniente de las *experiencias personales* que en el pasado han tenido los sujetos con la enfermedad. Esto es importante mencionarlo ya que muchas veces el paciente es bombardeado de información que puede resultar errónea o simplemente no es adecuada y adaptable a su enfermedad lo cual puede provocar que el paciente se lleve a confundir o cometa errores en su tratamiento, ocasionando que el paciente recaiga y a su vez tenga problemas emocionales.

3.3 Reacciones Emocionales ante las Enfermedades Crónico Degenerativas.

Es importante resaltar que el diagnóstico de una enfermedad crónica no sólo produce cambios físicos como los que se han mencionado hasta el momento, sino que también, con frecuencia se presenta un fuerte impacto emocional en el paciente, la perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen imposible que los pacientes puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida. Por lo que pueden actuar como incapaces de reaccionar ante la nueva situación.

Las emociones que más frecuentemente surgen en esta fase inicial de desorientación son la negación y el miedo. Más tarde pueden aparecer la depresión y la ira. De esta manera, Latorre y Beneit (1992) han descrito las siguientes fases dentro de las enfermedades crónicas:

Negación. La negación es un mecanismo de defensa por el cuál los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Pueden actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensando que desaparecerá rápidamente o tendrá consecuencia sólo a corto plazo. En casos extremos, el paciente puede pensar que realmente no está enfermo, a pesar de que se le haya proporcionado una información muy clara sobre el diagnóstico.

Miedo. Después del diagnóstico de una enfermedad crónica, el temor es también una respuesta frecuente. Muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar su vida y por la posibilidad de la muerte. En ocasiones, el miedo puede surgir de forma intermitente durante el curso de la enfermedad.

Depresión. La depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad crónica. Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada, ya que debe pasar un cierto tiempo hasta que los individuos comprendan todas las implicaciones de su condición de enfermos crónicos.

Al igual que la negación, la depresión puede ser beneficiosa en relación con algunas de las implicaciones del tratamiento, al mismo tiempo que ser un obstáculo para otras. Dado que la depresión puede ser una parte esencial del sufrimiento por la pérdida de actividades gratificantes, en algunos casos es una reacción preparatoria o concomitante para los reajustes y restricciones impuestos por el régimen terapéutico. Sin embargo, la depresión puede impedir en otros casos que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad.

En algunos pacientes crónicos la depresión puede ser grave y prolongada, ocasionando intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades.

Ira. La ira como la depresión, suele aparecer después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial de una enfermedad crónica. Los pacientes pueden sentir demasiado miedo durante las primeras fases de la misma como para experimentar ira, de la misma forma que la negación puede bloquear las reacciones hostiles. Sin embargo, a medida que la negación o el miedo van remitiendo, el paciente puede empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto y, consiguientemente, experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas **emociones negativas** normalmente se superan con el tiempo, pero antes de ello pueden generar un intenso rechazo hacia el personal sanitario y el tratamiento.

Ahora, se debe de considerar el hecho de que muchos pacientes experimentan intensas reacciones emocionales en respuesta a la enfermedad crónica unido a la consternación de que algunas de estas reacciones ocurren con frecuencia en las fases iniciales, mientras que otras lo hacen más tardíamente, es decir, que en cada paciente se va a presentar en distintas etapas de su enfermedad.

Respecto a lo anterior, Cohen y Lazarus (1979, citados en Latorre y Beneit, 1992) mencionan que algunos investigadores han hipotetizado que los pacientes van pasando por una serie de etapas para adaptarse a su enfermedad, aunque la negación es una reacción más frecuente en el inicio de la enfermedad, también puede aparecer de forma intermitente durante todo el proceso de ajuste a la misma. Si bien, la depresión suele surgir una vez que se ha superado la fase aguda de la enfermedad, algunos pacientes experimentan depresiones intensas durante esa fase aguda.

Como ya hemos mencionado, las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica no ocurren según una secuencia predeterminada, pueden aparecer en cualquier momento del proceso de adaptación, por lo que un enfoque útil para estudiarlas es intentar

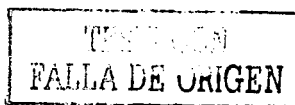
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comprender qué emociones ocurren, qué momentos son los propicios para que ocurran y qué factores determinan su aparición. También es importante averiguar si, para cada enfermedad y tipo de paciente, las reacciones emocionales constituyen un obstáculo o, por el contrario, favorecen los procesos del tratamiento y la recuperación. Reacciones emocionales que son, tal y como han señalado Cohen y Lazarus (1979, citado en Latorre y Beneit, 1992), completamente normales y cuya ausencia se encuentra asociada a una recuperación más lenta y problemática.

3.4 Representación Mental de la Enfermedad.

El papel desempeñado por los factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y la enfermedad humana constituye, a partir de los años 60, un importante objeto de estudio en las ciencias sociales y de la conducta. Pero una de las nuevas líneas teóricas y de aplicación viene determinada por cuestiones tan básicas como las relativas a lo que los individuos piensan acerca de su salud y enfermedad. Uno de los investigadores que más ha trabajado en este campo de la representación de la enfermedad es Howard Leventhal quien se centra en la búsqueda de un modelo teórico que pueda explicar uno de los problemas más importantes dentro del ámbito de la psicología de la salud: la falta de seguimiento o adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos y a los programas de prevención de la enfermedad, es por esto que el autor considera necesario centrar su investigación en el estudio de las teorías o *representaciones que el paciente elabora acerca de su enfermedad* (Latorre y Beneit, 1992).

Como señala Mechanic (1977; citado en Latorre y Beneit, 1992), se trata de modelos de enfermedad elaborados por el sentido común, razón por la cual no se ajustan necesariamente a los modelos científicos sostenidos por los especialistas y profesionales de la salud. Estas representaciones de los pacientes a veces se basan en concepciones culturales erróneas o en una información equivocada. Sin embargo, son estos modelos elaborados por los pacientes los que determinan la conducta para afrontar la enfermedad y la utilización de los servicios sanitarios.



El supuesto básico del que parten Leventhal y cols. (1980, citado en Latorre y Beneit, 1992), es la consideración del paciente como un **procesador activo** que construye o elabora una definición o representación de su enfermedad y que, en función de esta representación, regula su comportamiento. A partir de esta premisa, los autores plantean un modelo acerca de cómo los sujetos se auto-regulan ante experiencias estresantes de enfermedad, es decir: como definen y representan la amenaza de enfermedad y como actúan para hacer frente a dicha amenaza.

Los supuestos básicos que caracterizan el modelo de auto-regulación propuesto por estos autores son los siguientes:

1. El primero hace referencia a las **etapas de procesamiento**; el sistema de auto-regulación propuesto opera en tres etapas:

- a) En la primera de estas etapas tiene lugar la definición o representación de la enfermedad y de la emoción que la acompaña.
- b) La segunda etapa supone la planificación, selección y ejecución de respuestas para afrontar la amenaza objetiva de enfermedad y las reacciones emocionales que ésta suscita.
- c) La tercera etapa es una fase de evaluación, a fin de determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado la consecución de las metas establecidas (Leventhal, 1980; Leventhal y Nerenz, 1983; Nerenz y Leventhal, 1983. Pag. 216, citado en Latorre y Beneit, 1992).

2. Una segunda característica del modelo de auto-regulación es la existencia de **dos canales paralelos** en el sistema de procesamiento:

- a) Uno de ellos da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla.
- b) El segundo sistema supone el procesamiento de las reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

afrentamiento para controlar esas emociones (Leventhal, 1980; Leventhal y Nerenz, 1983; Nerenz y Leventhal, 1983. Pag. 216, citado en Latorre y Benoit, 1992).

Por otro lado, uno de los factores que determinan la forma en que los pacientes afrontan un proceso crónico, son sus creencias acerca de la enfermedad. Los pacientes se forman una representación cognitiva de su enfermedad que influye en su mejor o peor adaptación a la misma (Nerez y Leventhal, 1983, citado en Latorre y Benoit, 1992).

Esta representación incluye factores tales como: identidad, causa, duración, y consecuencias de la enfermedad; la duración se refiere a expectativa acerca del tiempo que permanecerá el trastorno; mientras que las consecuencias son las creencias de los pacientes sobre las implicaciones y ramificaciones que tendrá la enfermedad.

De tal manera que las creencias sobre la naturaleza de la enfermedad variará si:

1. La enfermedad aguda, que se interpreta como acusada por un virus específico o agente bacteriano, con una duración corta y de consecuencias sólo a corto plazo.
2. La enfermedad crónica, causada por múltiples factores, entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida inapropiados; es de larga duración, y produce graves consecuencias.
3. La enfermedad cíclica, caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos.

Uno de los problemas que pueden surgir en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica es que los pacientes adopten un modelo inapropiado para su trastorno sobre todo en el modelo de la enfermedad aguda.

TESIS
FALLA DE ORDEN

En cuanto a las creencias sobre la causa de la enfermedad podemos mencionar que los individuos que padecen enfermedades, tanto agudas como crónicas, desarrollan teorías acerca del origen de su trastorno, es decir, en muchas ocasiones tratan de encontrar el origen de su enfermedad y pueden culpar al ambiente, el estrés, la herencia o incluso a factores espirituales ó acciones propias cometidas con anterioridad.

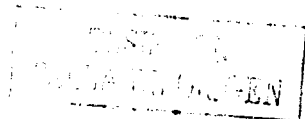
Autoculparse por una enfermedad crónica es algo bastante extendido. Muchos pacientes creen que han sido sus propias acciones las causantes de su trastorno, la creencia en la propia culpabilidad es errónea, como cuando se trata de enfermedades con una base genética clara.

De acuerdo con Nerez y Leventhal (1983, citado en Latorre y Beneit, 1992) se considera que es de gran importancia la representación de la enfermedad que cada paciente adopte, esto, dependiendo de sus experiencias, del tipo de enfermedad, tratamiento, etcétera, ya que va a ser determinante para la elaboración de respuestas de afrontamiento ante la enfermedad y para su adecuado control y seguimiento del tratamiento, siendo así un determinante en la adaptación de la enfermedad, por tal razón, a continuación se mencionaran algunos aspectos relevantes a la adherencia a los tratamientos.

3.5 Complicaciones en la Adherencia a los Tratamientos.

La adhesión o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud se ha definido como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido (Epstein y Cluss, 1982; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Aunque, cabe mencionar que Buela, Caballo y Sierra (1996) citan a Meichenbaum y Turck (1987) quienes hacen una distinción entre el término cumplimiento y adhesión, considerando que en el primero, el paciente toma un papel pasivo en donde sigue fielmente



las directrices recibidas; en cambio en la adhesión, el paciente toma un papel más activo y de colaboración voluntaria

Ahora bien, los problemas de falta de adhesión al tratamiento, también se refieren al mantenimiento por parte del sujeto de las conductas que resultan protectoras de la salud (uso de cinturones de seguridad en el automóvil, hacer ejercicio físico, etcétera). Para Meichenbaum y Turck (1987; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996), la adhesión cubre una variedad de conductas entre las que se encuentran: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento, 2) asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, 3) tomar correctamente la medicación prescrita, 4) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control del estrés, alimentación, ejercicio físico. Etcétera), 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etcétera).

Buela, Caballo y Sierra (1996), también citan otros autores como, Bley (1976) y Barofsky (1980), que indican que del 46 al 61% de las veces, los pacientes con intención de seguir el tratamiento, no toman sus medicamentos. El propio Bley señala que los regímenes de dieta no se cumplen el 49% de las veces y las prescripciones sobre ejercicios físicos no se realizan en un 51%. Dunbar y Agras (1980; citados en Buela, Caballo y Sierra 1996) informan que con prescripciones de toma de medicamentos, un rango que oscila entre 33 y el 82% de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento de su régimen.

Asimismo, Peck y King (1985; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996) señalan que entre el 20 y 30% de los pacientes sometidos a tratamiento corto falla en cumplirlo, mientras que si el régimen es corto y de naturaleza preventiva falla entre el 30 y 40% de los sujetos. Asimismo, las prescripciones médicas que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los pacientes en el momento de comenzarlas, y el incumplimiento se va incrementando con el tiempo. Del mismo modo, entre el 40 y 50% de los pacientes no acude a las citas médicas para recibir el tratamiento curativo. Podell y Gary (1976; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996), señalan que como regla general, un tercio de los

pacientes toma la medicación de acuerdo al modo prescrito, un tercio lo hace a veces y el tercio restante casi nunca sigue el régimen terapéutico.

Considerando estos datos, uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud es el incumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos, lo cual podría representar un problema común de la psicología y de la medicina la falta de adhesión o seguimiento del tratamiento médico o conductual. Como afirma Agras (1985; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) es rara la terapia que no supone algún malestar para el paciente, desde los efectos emocionalmente perturbadores que pueden acompañar una psicoterapia, hasta los efectos físicos, a veces duros, de la cirugía o los fármacos y, por otra parte, toda terapia eficaz depende de la capacidad del paciente para aferrarse al tratamiento pese a los inconvenientes, el miedo o el dolor.

Es importante mencionar, que la adherencia es un complejo fenómeno que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo. El cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud (tomar una medicina, seguir una dieta alimenticia, hacer ejercicio, etcétera) es una conducta y como tal está sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas y, por ello, es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar las estrategias para su implantación, lo cual supone previamente elaborar una estrategia de evaluación y disponer de instrumentos adecuados que nos permitan evaluar dicha conducta a fin de constatar hasta qué punto se ha conseguido un tratamiento

Como ya hemos mencionado, según los datos aportados por distintos estudios (Haynes, Taylor, Sackett, 1979; Dunbar y Agras, 1980; Masek, 1982; Meichenbaum y Turk, 1987; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996), pese a lo difícil de estimar la magnitud real del problema, se confirma el frecuente incumplimiento de las instrucciones terapéuticas, estimándose que entre un 4 y un 92% de los enfermos no sigue de manera adecuada las instrucciones de los profesionales de la salud.

Aunque es importante comentar que desde la perspectiva del profesional de la salud, la falta de adherencia puede contemplarse como el producto de alguna deficiencia por parte del paciente (por ejemplo, ignorancia, olvido, falta de voluntad o ausencia de motivación). Así, la falta de adherencia puede representar un intento del paciente por ganar algún control sobre su enfermedad y el tratamiento; por ejemplo, un paciente puede pensar, "¿cómo saber si sigo necesitando la medicación o si continúo tomándolo?".

Por otra parte, los pacientes tienen en su mayoría sus propias expectativas sobre los problemas que les aquejan y cómo deberían abordarse. Normalmente tienen, como ya hemos mencionado anteriormente, un modelo explicativo sobre su enfermedad y sobre la etiología, curso, pronóstico y tratamiento de la misma. Y como generalmente suele haber diferencias entre el modelo explicativo de enfermedad defendido por el paciente y el defendido por el profesional de la salud esto puede contribuir a la falta de adherencia .

Considerando lo mencionado por Latorre y Beneit, (1992), la decisión del paciente de no adherirse a las instrucciones terapéuticas puede deberse a una variedad de factores, tales como:

- ❖ Incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento
- ❖ Experiencias anteriores con profesionales de la salud y tratamientos
- ❖ Preocupaciones sobre posibles efectos secundarios
- ❖ Determinación de que los inconvenientes (esfuerzos, gastos, efectos secundarios) sobrepasan a los beneficios potenciales
- ❖ Deseo de mantener el control sobre algunos ámbitos de su vida
- ❖ Demandas ambientales interferentes más apremiantes
- ❖ Sensación de fatalismo o parálisis de la voluntad
- ❖ Experiencias de otros con el tratamiento
- ❖ Contemplar la adherencia como factor interferente con el sistema de creencias mantenido por el sujeto.

Por otro lado, el problema del adecuado consumo de la dosis justa en la forma y momentos indicados es quizá el más alarmante; la automedicación, los fallos en la ingesta y otros incumplimientos respecto a los productos farmacéuticos acarrear toda una serie de consecuencias negativas (Méndez y Macia, 1987; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996) que se pueden resumir en:

- a. El enfermo que hace caso omiso o descuida la toma de medicación difícilmente se curará; a pesar de esta evidencia.
- b. No respetar la dosificación médica puede conducir a intoxicaciones, enfermedades iatrogénicas y otros efectos indeseables.
- c. El uso indebido de medicamentos supone también un elevado coste socioeconómico.

Como señalan Labrador y Castro (1987; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996), no seguir los tratamientos supone que los pacientes no se beneficien suficientemente de los progresos médicos, pero que a su vez las elevadas tasa de no adherencia dificultan una adecuada evaluación de la eficacia de esos procedimientos, sino al incumplimiento del tratamiento. De esta forma vemos que la no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una no eficiente utilización de los servicios y un aumento innecesario del coste de los mismos, pero, sobre todo, el proceso de alto riesgo de pacientes hipertensos, cardiópatas o diabéticos y su pronóstico depende en alto grado del cuidadoso seguimiento de las prescripciones.

Es importante mencionar que no se ha encontrado qué factores socioeconómicos, motivacionales o características de la personalidad se asocian a la no adherencia encontradas, pudiéndose considerarse a cada paciente como un potencial no/adherente (Reig, 1981; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Fernández Trespalacios (1984; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) señala que "el incumplimiento se agrava al tratarse de regímenes de cierta duración y complejidad, según los niveles de insatisfacción del paciente con el médico, cuando la eficacia del

tratamiento es lenta, cuando aparecen problemas derivados del mismo tratamiento es lenta y cuando la percepción del paciente de su propia vulnerabilidad a la enfermedad es grande". Pag 46.

3.5.1 Factores que Afectan a la Adherencia.

El trabajo de estudio e investigación sobre los factores que afectan a la conducta de adherencia/no adherencia se encuentra en una fase inicial (Janis, 1984; Meichbaum y Turk, 1987; citados en, Buela, Caballo y Sierra, 1996), siendo la mayoría de los trabajos realizados de tipo correccional, y muy escasos los estudios en los que se ha intentado valorar el posible incremento de la conducta de adhesión según la intervención sobre alguna de las hipotéticas variables que se supone la determinan; así, ya que toda vez que se identifiquen los determinantes de la adhesión podremos utilizar distintas estrategias de intervención para el incremento de la conducta de adhesión al tratamiento.

Un primer acercamiento tradicional en la búsqueda de los factores que pudieran afectar a la adherencia mostró que no aparecían relaciones entre ésta y factores motivacionales, socioeconómicos o características de personalidad, pareciendo estar más relacionada fundamentalmente con las características del tratamiento y variables de contexto clínico entre las que incluiríamos la relación del terapeuta y el paciente. Respecto a la severidad del problema, se ha supuesto que cuánto más grave era el problema mayor sería la adhesión al tratamiento; sin embargo, los resultados no han confirmado esta relación (Dunbar y Stundkard, 1980; Labrador y Castro, 1987; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Desde nuestro punto de vista, en cuanto a esta relación, podemos deducir que la dificultad que existe con respecto a la adherencia puede o depende, en su gran mayoría, del estado emocional y las vivencias con relación a la enfermedad que tenga cada individuo, siendo importante a su vez, la relación que exista entre el paciente y el personal de salud, principalmente el médico.

3.5.1.2 Intervención del Psicólogo en la Adherencia al Tratamiento.

Desde el enfoque psicológico dentro del área de la salud, es importante mencionar que, la gran mayoría de las investigaciones realizadas sobre las variables asociadas al seguimiento de las instrucciones terapéuticas ha considerado variables: a) del paciente, b) del tratamiento, c) del trastorno o enfermedad, y d) variables de relación (interacción paciente-terapeuta). Respecto a las variables del paciente sólo se han establecido relaciones sólidas entre el grado de satisfacción del paciente con el terapeuta y el régimen terapéutico y su nivel de adhesión; los sujetos insatisfechos tienen mayores posibilidades de no cumplir las instrucciones de tratamiento. La forma en que los sujetos perciben la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad, tienen importantes implicaciones para la adhesión.

Asimismo, la falta de adhesión contribuye a la existencia de diferencias entre el modelo explicativo de la enfermedad (etiología, pronóstico y tratamiento) defendido por el paciente y el defendido por el terapeuta (Rosenstock, 1985; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996), siendo fundamental evaluar las percepciones, actitudes y expectativas del paciente acerca de su problema y de su tratamiento e incorporar una fase de reconceptualización que modifique las expectativas o creencias incorrectas del paciente.

Finalmente, con todo lo que se ha descrito anteriormente, podemos comentar que la complejidad del tratamiento (número de medicamentos a consumir, frecuencia del consumo, combinación de distintos tipos de intervención, la duración del tratamiento, etcétera) contribuye a facilitar errores y omisiones en el cumplimiento; cuanto más complejas son las demandas de un tratamiento, peor será la tasa de adhesión al mismo, de igual forma, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo; asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión.

Se ha reconocido una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que acompañan a éstas que parecen estar relacionadas con la adhesión o la falta de ésta. Así un rápido y manifiesto alivio de síntomas desagradables al seguir las prescripciones incrementan la adhesión; por el contrario, ésta será menor cuando las recomendaciones terapéuticas sean de tipo profiláctico y se tengan que realizar en ausencia de síntomas que supongan un claro malestar.

Por lo que respecta a las variables de la relación entre terapeuta y el paciente, los datos indican que la conducta del terapeuta juega un papel fundamental en el proceso de adhesión a las instrucciones terapéuticas. La satisfacción del paciente, producto entre otras muchas variables, de una buena comunicación y empatía podría incrementar, en cierta medida, la conducta de adhesión.

Como se ha venido mencionando con anterioridad, la conducta del terapeuta juega un papel sumamente importante en las conductas saludables de los pacientes, cabe destacar, que la información que brinde el terapeuta y todo el personal médico acerca de las complicaciones que genera la diabetes mellitus, así como del control de la glucosa es de gran importancia, para los pacientes; Por esta razón, en el siguiente capítulo se abordará ampliamente acerca de la Diabetes Mellitus.

CAPITULO 4

DIABETES MELLITUS

4.1 Antecedentes de la Diabetes Mellitus

Figuerola (1985) menciona que "en 1862, Georg Ebers descubrió en una tumba de Tebas, en Egipto, un pequeño papiro que había sido escrito aproximadamente en el año 1550 a. De JC. Este documento, que conserva en la biblioteca de la universidad de Leipzig, describe una enfermedad que se caracteriza por la abundante emisión de orina y recomienda para su tratamiento el uso de extractos de plantas. Hasta la actualidad, el papiro de Ebers constituye la primera referencia histórica de la diabetes, hace nada menos que 3.500 años" (Pag.1).

Asimismo, Figuerola (1985) dice que " los médicos hindúes describían en libros que datan del año 600 a. De JC. la existencia de unos enfermos que padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerzas y emiten una orina que " atrae a las hormigas por su sabor dulce". En términos parecidos se definen también los médicos chinos en libros que tienen más de dos siglos de antigüedad. Ya en el siglo II a. De J.C: un médico turco, Arateos de Capadocia le dio un significado al término **diabetes** el cuál significaba "pasar a través", siendo una enfermedad en donde los pacientes nunca paran de beber agua; su vida es corta y penosa. Además padecen náuseas, inquietud, una sed ardiente, y no tardan mucho tiempo en morir" (Pag. 2).

Durante el mismo siglo Galeno, interpretó que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón para retener agua, y esta idea, en cierto modo erróneo, persistió durante 15 siglos, ya que hasta el siglo XVI la medicina, que en aquel entonces mezclaba a la filosofía y algunas observaciones clínicas, por lo cuál progresó muy poco.

En 1520 Von Hohenim, interpretó que la diabetes es causada por una enfermedad del riñón, el cual extrae una excesiva cantidad de sal del organismo. Sin embargo, durante más de un siglo persistieron con las interpretaciones erróneas acerca del origen de la diabetes. Posteriormente en 1674 cuando Thomas Willis probó la orina de los diabéticos, redescubriendo (2.200 años después de los hindúes) que la orina tenía sabor dulce. Curiosamente Willis no atribuyó este sabor dulce a la presencia de azúcar, sino " a diferentes sales y ácidos". Y fué hasta 1775 en que Mathew Dobson descubrió que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar, comprobándolo igualmente en la sangre de los pacientes diabéticos Dobson concluyó que la pérdida de peso y fuerza de los diabéticos era la consecuencia de la pérdida de material nutritivo por la orina. Conclusión muy parecida a la que había llegado Aretaeos 1.600 años antes (Figuerola, 1985).

Ya con los grandes avances que tuvo la fisiología en el siglo XIX se removieron una gran cantidad de conceptos en medicina que se mantenían aún desde la época romana. Poniéndose rápidamente en entre dicho al riñón como principal responsable de la diabetes. Por otra parte, los experimentos de Claude Bernard demuestran en 1848 que el azúcar podía ser formada en el hígado y secretado a la circulación, y que este fenómeno (denominado neoglucogénesis) se produce incluso cuando la dieta está exenta de azúcar. Estas observaciones llevaron a suponer que el hígado es fundamental en la fisiopatología de la diabetes, concepto totalmente cierto, pero que sus contemporáneos clínicos negaron (Figuerola, 1985).

Hasta finales del siglo XIX, el páncreas seguía siendo un gran desconocido desde el punto de vista de su función. Y ya en 1700 se habían practicado extirpaciones de este órgano en perros, pero la técnica no era adecuada y las extirpaciones eran parciales, de modo que se había llegado a la conclusión errónea de que el páncreas no era necesario para la vida. Más adelante, los estudios fisiológicos comprobaron su importancia como órgano de la digestión, pero nada se sabía acerca de su secreción interna (Figuerola, 1985).

En 1889 aún persistía la discusión sobre si el páncreas era o no necesario para la vida pero Minkosky comprobó después de realizar extirpaciones de páncreas en perros, que la orina tenía gran cantidad de azúcar, repitiendo en varias ocasiones el experimento,

argumentó que después de la pancreatometomía total los perros se vuelven diabéticos. No se trata de una glucosuria transitoria, sino que corresponde a la forma más grave de diabetes en humanos (Figuerola, 1985).

Estos experimentos apuntaban, sin ninguna duda al páncreas como principal responsable de la diabetes, aunque faltaba todavía el cómo. Por lo que el propio Minkosky contribuyó a resolverlo llevando a cabo auto trasplantes de páncreas. Estos permitieron comprobar que, cuando éstos eran de tamaño suficiente, no se presentaban los síntomas de diabetes en el animal. Todo hacía suponer que el páncreas fabricaba una sustancia (desconocida hasta entonces) que se vertía a la sangre y cuya ausencia era la responsable de la diabetes. La búsqueda de esta sustancia fue abordada por diferentes grupos de investigadores.

En 1908, Zuelzer publicó que la inyección de un extracto pancreático que él había obtenido provocaba en sus pacientes convulsiones. Y estas fueron interpretadas como un efecto tóxico, cuando lo más probable es que se tratara del síntoma de la hipoglucemia, esto ocasionó que Zuelzer abandonará sus experimentos al empezar la primera guerra mundial; Y fue de esta manera como se empezó a realizar las primeras investigaciones acerca de la diabetes (Figuerola, 1985).

4.2 La Diabetes Mellitus en México.

Los síntomas de la diabetes son silenciosos, sus efectos pueden causar mucho dolor y discapacidad. Más de 40 diabéticos mexicanos mueren cada día. Por lo menos ocho millones de mexicanos la padecen y ésta cifra se duplicará dentro de 25 años, cuando México tenga alrededor de once millones de diabéticos. Los índices de mortandad aumentan en forma alarmante. No disminuyen, según las estadísticas de la Secretaría de Salud del año 2000 (Schwebel, 2001).

Las campañas de prevención y control de ésta enfermedad son muy débiles, pero si existen. Aunque los hospitales gubernamentales y privados, así como las Asociaciones mexicanas de diabéticos, hacen esfuerzos para que los pacientes se cuiden, éstos, en su mayoría, no lo hacen, ya que el 80% de los pacientes son diabéticos y de éstos, sólo una mínima parte se controla, lo que conllevará a una ceguera inevitable, posible amputación de algún miembro inferior o quizás el 50 % de ellos requerirán de un trasplante renal en el futuro (Schwebel, 2001).

Se calcula que el porcentaje de diabéticos en México va del 8 al 9% del total de la población y un 50% aún no lo sabe y lo llegará a saber cuando ya tenga efectos secundarios irreversibles. La población total en la República mexicana es de 100 millones de habitantes, aproximadamente (Scwebel, 2001).

4.3 Etiología de la Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus o diabetes sacarina, es un síndrome multiforme, que puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida, siendo el resultado de un proceso auto inmunitario asociado a predisposición genética y desencadenado por factores ambientales hasta ahora desconocidos o bien puede obedecer a una disminución en la sensibilidad a la disminución de la insulina. La resistencia a la insulina es frecuente en el sujeto obeso y puede determinar la presencia de diabetes cuando la reserva secretoria pancreática resulta insuficiente. La diabetes también puede ser secundaria a pancreatitis o neoplasia pancreática fibrocalculosa, diversos síndromes genéticos o trastornos endocrinos en los que aumentan las concentraciones de hormonas con acción opuesta a la propia de la insulina, denominadas hormonas contra reguladoras (Lerman, 1994).

Existen dos tipos de diabetes la más común es la diabetes mellitus tipo II o diabetes no insulino dependiente (DMNID). Su prevalencia aumenta con edad, sobrepeso, dislipidemias y antecedentes familiares de diabetes. En México la prevalencia en adultos de todas las edades es de 8 a 10%, pero uno de cada cuatro individuos mayores de 50 años

tiene diabetes, con cierta predominancia del sexo femenino; Existe también una elevada prevalencia de diabetes (5%) en individuos relativamente jóvenes (35-45 años) (Lerman, 1994).

Pese a que la DMNID es un problema común, un gran porcentaje de las personas que la padecen (alrededor del 30% al 40%) no han sido diagnosticadas, y para detectarlas se requieren estudios de escrutinio.

La diabetes tipo I o diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) es mucho menos común y en nuestro país constituye alrededor del 1% de todos los casos de diabetes. Suele diagnosticarse en la infancia o la adolescencia, por lo que tiene un fuerte impacto en la dinámica familiar y más tarde en la capacidad reproductiva del individuo. En estos casos el diagnóstico no puede pasar inadvertido; los signos y síntomas aparecen bruscamente y la afección es fatal si no se administra tratamiento oportuno con insulina.

4.4 Características de la Diabetes Mellitus Tipo I y II.

Diabetes tipo I. Aunque puede aparecer a cualquier edad, la diabetes tipo I habitualmente aparece durante la infancia o la pubertad. Su principal característica es una ausencia total de insulina, por eso aparece repentinamente. El niño sin insulina puede evolucionar hacia una cetoacidosis diabética (CAD), la cual es, a veces, el primer signo de la enfermedad del niño. Los pacientes afectados de diabetes de tipo I dependen exclusivamente de la administración de insulina exógena, por tanto, es preciso que reciban tratamiento rápidamente para controlar su enfermedad. Están más predispuestos a padecer cetoacidosis, hipoglucemia, y coma hiperglucémico no cetósico hiperosmolar, porque su enfermedad es más grave e irregular que la de los pacientes afectados de diabetes de tipo II (Surwit y Schneider, 1993, citados en Buceta, 1996).

Diabetes tipo II. Los pacientes afectados de diabetes tipo II producen una pequeña cantidad de insulina; el problema puede ser debido tanto a la producción de una cantidad

insuficiente de insulina, como una resistencia a la misma. Los pacientes con diabetes tipo II generalmente no desarrollan cetoacidosis, puesto que al poder utilizar una pequeña cantidad de glucosa, evitan la degradación de las grasas. Sin embargo, no poseen suficiente cantidad de insulina para metabolizar toda la glucosa y, por tanto, pueden desarrollar hiperglucemia. Algunos pacientes con diabetes tipo II pueden ser asintomáticos incluso con niveles muy elevados de glucemia (Surwit y Schneider, 1993, citados en Buceta, 1996).

Cabe mencionar que los pacientes obesos con resistencia a la insulina (representan la mayoría de los diabéticos), al parecer, tienen un déficit de receptores celulares para la insulina, habitualmente la reducción de peso compensa este déficit y el nivel de glucemia del paciente se normaliza.

En algunos pacientes afectados de diabetes tipo II, el páncreas produce un exceso de insulina para disminuir el nivel de glucemia; pero, como estos pacientes poseen menos receptores celulares para unirse a la insulina, cuya acción será nula. De modo que permanecerán hiperglucémicos.

4.5 Síntomas de la Diabetes Mellitus.

Dentro de este aspecto Gavin (1998) menciona que "una vez que se diagnostica la diabetes, los pacientes suelen admitir que efectivamente durante un periodo largo pero difícil de precisar sentían la boca más seca, requerían orinar con mayor frecuencia, en algún momento su visión fue algo borrosa y, en el caso de las mujeres, presentaban infecciones vaginales recurrentes, cabe señalar que los pacientes desconocían que estos síntomas se relacionaran con diabetes ya que simplemente se habían acostumbrado a ellos." (Pag.5).

Además de estos síntomas también se pueden presentar otros como por ejemplo:

- Piel seca e irritada
- Entumecimiento u hormigueo de pies o manos
- Problemas de tipo sexual

- Curación lenta de cortes y heridas
- Sed excesiva.
- Hambre excesiva a toda hora.
- Sensación de cansancio.
- Cambios repentinos en la visión, o visión borrosa.
- Náuseas y vómitos.
- Infecciones frecuentes, generalmente en las encías y en vías urinarias.
- Picazón en la piel y genitales.
- Pérdida de peso repentino sin causa aparente.
- Debilidad, somnolencia.

http://www.diabetesonline.com.ar/estv/art_003.htm

http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm

4.6 Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Es muy frecuente que al principio la diabetes de tipo II no presente síntomas y cuando se producen los síntomas, puede ser de manera gradual y muy lenta lo cuál puede ocasionar muchas complicaciones serias y definitivas, llegando incluso a la muerte. Las complicaciones más frecuentes que puede ocasionar la diabetes mellitus se explicaran en los siguientes apartados.

4.6.1 Causas del Nivel Alto de Azúcar (Hiperglucemia)

Algunas razones por las cuales se tiene un nivel alto de glucosa en la sangre o hiperglucemia son el comer demasiado, hacer menos ejercicio de lo normal y usar menos o poca medicina para controlar la diabetes. El azúcar en la sangre también puede subir cuando se está enfermo o siente mucha tensión emocional o estrés (Gavin, 1998).

Sus síntomas principales son el incremento de la sensación de sed y la necesidad de orinar, debilidad y cansancio, visión borrosa, etcétera. Si no se corrige a tiempo puede dar lugar a un cuadro de cetoacidosis diabética (<http://www.aepap.org/faqpad/faqpad-diabetes.htm>)

4.6.2 Signos de un Nivel alto de Azúcar en la Sangre

Entre los signos comunes de un nivel elevado de azúcar en la sangre se encuentra sentir la boca seca, tener sed y orinar con mucha frecuencia; Otros síntomas pueden ser el sentirse cansado, tener la vista borrosa y perder peso (involuntariamente). Si el nivel de azúcar en la sangre está muy alto, puede tener dolor de estómago o náusea, e inclusive sentir la necesidad de vomitar.

Es importante mantener el nivel normal de azúcar en la sangre ya que los niveles altos de azúcar en la sangre pueden, con el tiempo, dañar la vista, los riñones, los pies, el sistema nervioso, e inclusive el corazón (Gavin, 1998).

4.6.3 Complicaciones Visuales.

Las manifestaciones de la diabetes mellitus a nivel ocular son numerosas y complejas, pudiendo afectar a cualquier parte del aparato visual. La retina es la estructura afectada con mayor frecuencia e importancia, pero tanto el segmento anterior del ojo (córnea, cristalino, iris), como el nervio óptico y los nervios oculomotores pueden verse afectados en la diabetes.

Asimismo, las complicaciones de la vista causadas por la diabetes (retinopatía diabética) son un problema grave que incluso puede causar ceguera. Estos problemas se desarrollan sin previo aviso, siendo los más frecuentes, vista borrosa, ver aureolas alrededor de las luces, manchas oscuras o destellos de luz (Weir, 1995).

Cabe señalar que, las cataratas son 1,6 veces más frecuentes en la población diabética, ocurren en edades más tempranas y progresan más rápidamente que en la población no diabética. Asimismo, *el glaucoma* de ángulo abierto es 1,4 veces más frecuente en los diabéticos (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

Después de 20 años del diagnóstico de diabetes, prácticamente el 100% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y el 60% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II (DM2) presentan retinopatía diabética. Ésta es la causa más frecuente de ceguera en los países industrializados. La población diabética tiene 25 veces más riesgo de ceguera que la población no diabética. Es la tercera patología causante de deficiencia visual (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

Es muy probable que si se descubren estos síntomas y se atienden desde el principio, se pueda salvar la vista. La cirugía con rayos láser reduce en más de un 60% el riesgo de pérdida visual en los pacientes con retinopatía diabética de alto riesgo y en más de un 50% en caso de edema macular diabético, lo cual puede lograr buenos resultados con las enfermedades avanzadas de la vista. También existe una operación, que se llama la vitrectomía, que puede restaurar la vista a las personas que se vuelven ciegas por un derrame de sangre en la parte posterior del ojo (Weir, 1995).

Por lo anterior Weir, (1995) menciona que es importante realizar un examen completo de la vista si se tiene una de las siguientes condiciones:

- Diabetes Tipo 1 por 5 años o más.
- Tiene diabetes Tipo 2.

Ya que la detección precoz, el tratamiento adecuado y sobre todo un correcto control glucémico y de la tensión arterial pueden prevenir o retrasar la aparición de edema macular y retinopatía diabética proliferativa (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

4.6.4 Complicaciones en los riñones.

En cuanto a los problemas en los riñones, Simonson, (1995) menciona que "la diabetes puede afectar a los riñones, haciendo que los mismos no funcionen, estos ayudan al cuerpo a mantener el nivel adecuado de líquidos y a filtrar los desechos dañinos. Estos desechos se eliminan del cuerpo a través de la orina. La enfermedad de los riñones (o nefropatía), consecuencia de la diabetes, puede alterar la función de los riñones" (Pag. 66)

Se puede determinar la condición saludable en los riñones realizando un examen de la albúmina en la orina, por lo menos, una vez al año y mediante un examen anual de sangre que mide la capacidad de los mismos; si los resultados de los exámenes indican la presencia de albúmina o proteínas en la orina, o si los riñones no funcionan normalmente, se recomienda realizar estudios con mayor frecuencia, ya que esto podría anunciar un mal funcionamiento en los riñones.

Señales de una infección en los riñones:

- Dolor de espalda.
- Escalofríos.
- Fiebre.
- Acetonas en la orina.

Asimismo, Simonson (1995) dice que "una vez afectado, no logra llevar a cabo su función en el cuerpo y se acumulan los desechos del cuerpo en la sangre. Se altera también el equilibrio de la cantidad de líquido en el cuerpo. Y cuando la falla en los riñones es grave, es necesario realizar una diálisis para que la sangre sea filtrada varias veces a la semana, o recibir un trasplante de riñón. Es importante mencionar que estudios recientes han demostrado que si se mantiene un nivel normal de azúcar en la sangre se puede prevenir o retardar las enfermedades de los riñones. Es también muy importante mantener la presión de la sangre a un nivel normal, ya que la presión alta o hipertensión contribuye a

las complicaciones de los riñones; La comida que contiene mucha sal y el nivel alto de azúcar en la sangre contribuyen a la presión alta. " (Pag. 66)

De igual forma, las complicaciones en las vías urinarias también pueden producir dificultades para orinar y vaciar la vejiga, ya que la presión que produce la vejiga llena puede aumentar la presión de los riñones y lesionarlos. Además la retención de la orina en la vejiga por un periodo largo puede ocasionar infecciones. Esto sucede porque las bacterias se desarrollan rápidamente en la orina que contiene un alto nivel de azúcar.

Las infecciones de la vejiga pueden dañar los riñones y agravar las complicaciones debido a la diabetes. Es importante detectar los siguientes síntomas, señales de una infección en la vejiga:

- Orina opaca o con sangre.
- Sentir dolor o ardor cuando orina.
- Sentir deseos de orinar frecuentemente o urgencia para orinar.

Algunos síntomas generales de la enfermedad renal en los diabéticos son:

1. Proteína en la orina,
2. Presión sanguínea alta,
3. Hinchazón de los tobillos y en las piernas, calambres en las piernas,
4. Orinar por la noche con mayor frecuencia,
5. Niveles altos de BUN y de creatinina en la sangre,
6. Menor necesidad de insulina, o medicamentos
7. Malestar por las mañanas, náuseas y vómito,
8. Debilidad, palidez y anemia y
9. Comezón

<http://www.nhcoa.org/diabetes3.htm>

4.6.5 Complicaciones en el Corazón y de la Circulación.

Las principales causas de los problemas del corazón y la circulación son, tener presión alta, tener alto contenido de grasas o colesterol en la sangre, ser fumador. Asimismo los problemas circulatorios son la causa principal de enfermedades y muerte en personas que padecen diabetes.

De esta manera, cuando existen problemas serios de circulación se pueden presentar ciertos síntomas tales como: sentirse mareado, perder la vista de repente, tener dificultad para hablar, sentir entumecimiento o debilidad en cualquiera de los brazos o piernas, también es probable que la sangre no esté circulando al cerebro y otras partes del cuerpo en forma adecuada.

Algunos signos de peligro en cuanto a la circulación en el corazón son: los dolores o presión en el pecho, dificultad al respirar, tener los tobillos hinchados o tener latidos irregulares del corazón. Los dolores o calambres en los glúteos, muslos o pantorrillas que ocurren cuando se hace actividad física y que luego desaparecen o cuando se descansa son signos de problemas de circulación en las piernas

Por otra parte, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas diabéticas. El riesgo anual de muerte por ECV es 2 a 3 veces superior en personas diabéticas que en las que no lo son. Los diabéticos tienen 2 a 3 veces más riesgo de presentar enfermedad cerebrovascular o de arteriopatía coronaria y 5 veces más riesgo de presentar enfermedad vascular periférica que las personas sin diabetes. Aproximadamente el 75-80% de las personas diabéticas adultas mueren a consecuencia de enfermedades cardiovasculares (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

La ECV no solo se presenta con mayor frecuencia en la población diabética, sino que su presentación es más precoz, de evolución más rápida y de mayor severidad que en las personas sin diabetes.

El riesgo cardiovascular vinculado a la diabetes se incrementa considerablemente cuando concurren otros factores de riesgo, fundamentalmente tabaquismo, hipertensión arterial o hiperlipemia. Además, los dos últimos factores mencionados, aparecen con mayor frecuencia entre la población diabética. Otras alteraciones que ocurren mas frecuentemente en los diabéticos y que también favorecen la ECV son: obesidad, hiperinsulinemia y alteraciones en la coagulación de la sangre (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

Las personas con *baja tolerancia a la glucosa* tienen mayor riesgo de padecer ECV y doble mortalidad por enfermedad coronaria que los individuos con tolerancia normal a la glucosa.

En los hombres son más importantes los factores de riesgo asociados que la propia diabetes en el desarrollo de ECV, mientras que en las mujeres sucede lo contrario. Además, la diabetes causa efectos adversos más marcados sobre la concentración de triglicéridos y colesterol en mujeres que en hombres (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

4.6.6 Complicaciones en el Sistema Nervioso

El daño al sistema nervioso (o neuropatía) causado por la diabetes es un problema común, ocurre cuando se tiene niveles altos de azúcar en la sangre por mucho tiempo. Es por eso que el control del azúcar en la sangre puede ayudar a prevenir las complicaciones nerviosas, e inclusive puede reducir las molestias.

Algunos de los signos y síntomas que indican posible daño a los nervios incluyen dolor, ardor, hormigueo o "calambre" y la pérdida de sensibilidad en las manos, los brazos o las piernas. También puede causar otros síntomas serios, como sudores anormales y mareo al ponerse de pie, entre otros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De igual manera el daño al sistema nervioso puede causar problemas del estómago e intestinos, además orinar se vuelve difícil. Ya que el flujo de orina disminuye y se convierte en un goteo, y puede resultar en infecciones de la vejiga y los riñones.

Los problemas con la capacidad sexual son comunes en muchas personas que han sufrido daño al sistema nervioso como consecuencia de la diabetes, como por ejemplo la impotencia en el hombre y en la mujer también puede presentar problemas con su vida sexual. Cabe destacar que esta información se profundizará en apartados posteriores.

4.6.7 Complicaciones en los pies.

El daño al sistema nervioso puede resultar en la pérdida de sensación en los pies, algunas veces, el daño a los nervios puede deformar o desfigurar los pies. Estas deformidades de los pies pueden causar puntos de presión anormales ocasionando ampollas, irritaciones o úlceras. Debido a la mala circulación de la sangre, esas lesiones demoran en sanarse. Por lo que sin el control adecuado de la diabetes los problemas de los pies pueden llegar a agravarse a tal grado que haga falta amputar un pie.

De esta forma, los factores responsables de la lesión del pie pueden evitarse mediante un correcto adiestramiento del paciente. Asimismo, un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de dicha lesión, puede mantener la integridad del pie en la mayor parte de los pacientes, evitando así gran número de amputaciones.

Determinar el grado de la lesión es importante para poder establecer la terapéutica adecuada. Según Wagner (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>), la afectación del pie puede clasificarse en 6 estadios:

- *Grado 0.* No hay lesiones pero se trata de un pie de riesgo (callos, fisuras, hiperqueratosis).

- *Grado 1.* Úlcera superficial. Suele aparecer en la superficie plantar, en la cabeza de los metatarsianos o en los espacios interdigitales.
- *Grado 2.* Úlcera profunda que penetra en el tejido celular subcutáneo, afectando tendones y ligamentos, pero no hay absceso o afectación ósea.
- *Grado 3.* Úlcera profunda acompañada de celulitis, absceso u osteitis.
- *Grado 4.* Gangrena localizada, generalmente en talón, dedos o zonas distales del pie.
- *Grado 5.* Gangrena extensa.

4.6.8 Amputaciones

El daño que la diabetes causa en los nervios y en la circulación sanguínea aumenta el riesgo de problemas graves en los pies y en la parte inferior de las piernas. Puede ocurrir que:

- Cuando los nervios están dañados, una herida en el pie puede no causar dolor.
- Si no hay dolor para avisar de una herida, el pie puede infectarse gravemente hasta que se descubra el problema.
- Debido al débil flujo de sangre y al azúcar alta en la sangre, el cuerpo tiene menos capacidad de combatir la infección y curar la herida.
- En algunos casos muy graves, puede que sea necesario la amputación del pie o de la parte afectada.

En la mayoría de los casos, como ya se ha mencionado, el cuidado apropiado de sus pies puede evitar la necesidad de amputar. Por esta razón es muy importante que el paciente proteja sus pies, especialmente cuando haga ejercicio, además de examinarlos diariamente por si hubiera algún problema.

4.6.9 Complicaciones en la piel

Aunque no se puede hablar de verdaderas complicaciones crónicas, si es cierto, que hay un gran número de alteraciones cutáneas que se asocian en mayor o menor grado con la presencia de diabetes mellitus.

En la fisiopatología de las manifestaciones cutáneas de la diabetes se han implicado anomalías vasculares tanto macro como microvasculares (arteriolas, capilares y vénulas), mayor predisposición a las infecciones, alteraciones neuropáticas, exceso de metabolitos circulantes, aumento en la colágena glucosilada insoluble, etc. y algunas de ellas de causa desconocida (<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

4.6.10 Complicaciones Dentales.

Debido a un nivel alto de azúcar en la sangre, es más probable que las personas que padecen diabetes tengan problemas con los dientes y las encías. Uno de estos problemas, llamado gingivitis, puede ocasionar irritación, inflamación y enrojecimiento de las encías, haciendo que las mismas sangren al cepillarse los dientes. Otro problema, llamado periodontitis, puede ocurrir cuando las encías se achican y se exponen las raíces de los dientes. Asimismo las infecciones dentales, como cualquier otra infección, pueden aumentar el nivel de azúcar en la sangre.

En cuanto al tratamiento odontológico del paciente diabético, aunque básicamente no hay diferencias con el realizado en el resto de pacientes, concurren una serie de factores que pueden provocar la pérdida del control metabólico, produciendo una descompensación del diabético y por tanto la posible aparición de complicaciones no deseables (<http://www.cica.es/aliens/samfyc/boca.htm>). Estos factores son:

- **Dolor.** El uso de anestesia en odontología es fundamental para evitarlo. En la actualidad está muy extendido el uso de anestésicos dentales con vasoconstrictor, ya

que, además de un efecto anestésico más eficaz y prolongando, disminuye el flujo sanguíneo local. Los vasoconstrictores se oponen directamente a la acción de la insulina, circunstancia, que en muy raras ocasiones, puede producir una hiperglucemia importante.

- **Estrés.** Éste puede provocar un aumento de los requerimientos de insulina de forma que el diabético pueda desarrollar una hiperglucemia. Sería aconsejable las citas sin demoras e incluso la utilización de ansiolíticos en las horas previas a la intervención.
- **Susceptibilidad a las infecciones.** Los pacientes diabéticos tienen mayor susceptibilidad para las infecciones, de ahí que hay que tener en cuenta: *Cobertura antibiótica.* Si no hay evidencias de infección activa, no es necesario establecer profilaxis antibiótica. No obstante, según el tipo de intervención y el grado de control de la diabetes, para evitar complicaciones es recomendable la instauración de cobertura antibiótica preoperatoria y, sobre todo, postoperatoria.
- **Retardo en la cicatrización de las heridas.** Esta cicatrización comprometida en el diabético puede ser debida a una alteración en la actividad celular con una menor síntesis de colágeno por parte de los fibroblastos y a un aumento en la actividad de la colagenasa. Las medidas a considerar encaminadas a favorecer la hemostasia y la cicatrización son: actos quirúrgicos poco traumáticos y sutura de la herida residual.

Por lo anterior, es tarea fundamental instruir al paciente diabético para que mantenga su medicación, sus hábitos dietéticos y su autoanálisis-autocontrol de los niveles de glucosa durante el transcurso del tratamiento odontológico. Con estas premisas, se evitarán riesgos y complicaciones tanto metabólicas como odontológicas consiguiendo que el tratamiento dental del paciente diabético se realice con seguridad y éxito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.6.11 Complicaciones de la Diabetes en la Mujer

La mujer con diabetes puede padecer de problemas especiales tales como infecciones de la vejiga y vías urinarias, incluso algunas mujeres pueden padecer de infecciones ocasionadas por hongos, especialmente cuando aumenta su nivel de azúcar en la sangre, un síntoma de esta infección es la picazón en la vagina, la cual puede ser tratada. Cabe destacar que algunas mujeres tienen dificultades con la capacidad sexual.

4.6.11.1 La Diabetes Pregestacional y Gestacional.

Diabetes Pregestacional: Es aquella diabetes conocida previamente a la gestación actual, bien DM1, DM2 o Intolerancia hidrocarbonada. En esta se producen cambios metabólicos en el embarazo: Durante el embarazo normal existe un aumento de la resistencia a la insulina, probablemente debido al lactógeno placentario. Se produce una hiperinsulinemia compensadora, a pesar de la cual, los niveles de glucemia postprandial aumentan de forma significativa a lo largo del embarazo. Hacia el tercer trimestre, la glucemia en ayunas desciende por aumento del consumo de glucosa por la placenta y el feto. En la diabética pregestacional: Puede aparecer cetoacidosis si no ajusta su dosis de insulina conforme suben los requerimientos de insulina, particularmente en la DM1 (Fernández, 1992).

La diabetes pregestacional puede ocasionar diversos efectos sobre el feto, tales como:

- La hiperglucemia materna produce hiperglucemia fetal, que provoca hiperinsulinismo en el feto. La hiperglucemia y la hiperinsulinemia producen crecimiento del feto en exceso (macrosomía), muerte fetal intrauterina, retraso en la maduración pulmonar e hipoglucemia neonatal
- La incidencia de malformaciones congénitas está aumentada cuatro veces entre los niños de madre con diabetes pregestacional, debido al medio metabólico alterado durante la organogénesis (primeras semanas del embarazo)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Se habla de una mayor posibilidad de Diabetes Mellitus y Obesidad entre los recién nacidos de madre diabética descompensada, por una alteración en la célula beta y en los adipocitos sometidos en las primeras semanas del embarazo a un medio metabólico alterado.

Asimismo, se pueden presentar complicaciones en la madre como:

- El embarazo puede dar lugar a un empeoramiento de la retinopatía diabética, sobre todo la proliferativa no conocida o no tratada
- La mujeres con nefropatía e hipertensión tienen mayor riesgo de preeclampsia y retraso del crecimiento fetal intraútero
- Se ha descrito una mayor mortalidad entre las mujeres embarazadas diabéticas con cardiopatía isquémica

Una de cada cien mujeres tienen diabetes antes del embarazo, lo cual uno cataloga como diabetes preexistente. Otro 2 a 3% desarrollará diabetes por primera vez durante el embarazo. Eso es llamado diabetes gestacional. En ambas formas es crucial el control de los niveles de azúcar para reducir los riesgos de la mujer embarazada y el feto (Fernández, 1992).

La diabetes gestacional es la diabetes que aparece en mujeres durante el embarazo, y generalmente desaparece después del parto. Los cambios hormonales durante el embarazo, hacen que en algunos casos el páncreas no sea capaz de producir suficiente insulina. Este tipo de diabetes generalmente pasa inadvertido, por eso es muy importante que todas las mujeres embarazadas se realicen un examen de sangre que permita saber si su nivel de azúcar (*glucemia*) esté normal y ser muy bien evaluadas durante todo el embarazo (Fernández, 1992).

El tratamiento para este tipo de diabetes puede ser desde un régimen de dieta, hasta inyecciones de insulina. Las mujeres que tienen diabetes en sus familias tienen mayores posibilidades de tener diabetes gestacional. Otros factores de riesgo son:

- Tener sobrepeso
- Haber tenido un bebé que pesó más de 4 kilos al nacer.
- Tener más de 25 años de edad
- Haber tenido un bebé que murió antes de nacer (muerte prematura).

En cuanto a los efectos que la diabetes **gestacional** pueden provocar en el feto se encuentran:

- Está incrementado el riesgo de macrosomía, con los problemas obstétricos asociados.
- En algunos estudios se ha sugerido que también está aumentado el riesgo de malformaciones, probablemente por la influencia en etapas precoces de una Alteración de la Tolerancia a la Glucosa existente previamente a la gestación y no conocida.

Las complicaciones que podría presentar la madre son:

- Tienen a corto, medio y largo plazo un riesgo incrementado de padecer una Diabetes Mellitus y datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipemia y enfermedad cardiovascular. (Fernández, 1992).

4.6.11.2 Complicaciones Sexuales en la Mujer con Diabetes Mellitus.

En uno de los pocos estudios realizados acerca del efecto de la Diabetes en la sexualidad femenina, la mujer pre-menopáusica con diabetes Tipo 1 (*insulino-dependiente*) no tiene mayor incremento de problemas sexuales, comparado con mujeres no diabéticas. Sin embargo, un mayor incremento de problemas sexuales fue encontrado en mujeres con diabetes Tipo 2 (*no insulino-dependiente*). Estas mujeres experimentan menos deseo y lo evitan con mayor frecuencia, además tuvieron más dificultad de lubricación, de alcanzar el orgasmo, mayor incidencia de dolor durante las relaciones sexuales y menos satisfacción que las mujeres sin diabetes (http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm).

Una posible explicación al incremento de dolor en las mujeres con diabetes Tipo 2, es que estas mujeres son mayores que las mujeres con diabetes Tipo 1, y esto es más susceptible a llegar con la menopausia, la cual puede causar disminución en la elasticidad y lubricación vaginal, lo que puede hacer incómodas y dolorosas las relaciones sexuales. La terapia de reemplazo de estrógeno puede revertir estos efectos menopáusicos.

Otra razón puede ser que la diabetes Tipo 2 aparece cuando la mujer tiene más edad. Generalmente, después que se ha establecido una relación amorosa y los patrones de estilo de vida, puede ser difícil para una mujer ajustar a su vida todos los cambios que requiere el control de la Diabetes, ya que éstos pueden afectar la relación de la pareja.

A pesar de que las mujeres con diabetes Tipo 1 no son más susceptibles a problemas sexuales comparadas con mujeres sin Diabetes, esto no significa que nunca experimentarán estos problemas. Algunos de los más comunes en la mujer son :

Lubricación insuficiente: el problema sexual, relacionado con la diabetes más frecuente en la mujer, es la disminución de lubricación vaginal. La lubricación ocurre durante la fase de excitación, que es además donde se expande la vagina en preparación al

acto sexual. Si hay una falta de expansión junto a una resequedad vaginal, el resultado es dolor e irritación durante las relaciones sexuales.

Incapacidad de alcanzar el orgasmo: aunque, la diabetes no tiene porque afectar la capacidad de la mujer para alcanzar el orgasmo; aproximadamente, un tercio de las mujeres (con o sin diabetes) no pueden alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales sin la estimulación directa en el clitoris. Sin embargo, un problema en la fase de excitación, como por ejemplo, lubricación insuficiente (la cual sí está asociada con la diabetes) y que puede causar molestia y dolor, puede hacer que disminuya la respuesta orgásmica. Una disminución en la respuesta orgásmica puede ser también motivada por la disminución en el deseo, el cual puede ser afectado por factores relacionados con la diabetes, ya que los elevados niveles de glucosa en la sangre pueden causar fatiga, lo que trae como consecuencia la pérdida del deseo.

Infecciones vaginales: las mujeres que constantemente tienen elevados niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia) son más propensas a las infecciones vaginales, las cuales pueden producir incomodidad y en consecuencia, el hecho de tratar de evitar la actividad sexual.

Hipoglucemia: Muchas mujeres se preocupan porque puedan tener una baja de azúcar durante las relaciones sexuales, especialmente en la época de ajustes iniciales a la diabetes. Peor aún, en algunos casos los *síntomas de hipoglucemia* pueden confundirse con los de excitación sexual. A pesar de que la actividad sexual reduce los niveles de glucosa, no es una gran causante de hipoglucemia. (http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm).

4.6.12 Complicaciones Sexuales en el Hombre

La diabetes puede ser la causa de problemas en la vida sexual de algunos hombres y estos pueden ocurrir por factores tanto físicos como psicológicos (disfunciones sexuales masculinas). Estas *disfunciones sexuales masculinas*, pueden ser causadas por trastornos en la erección, eyaculación, orgasmo, sensibilidad y deseo sexual.

La diabetes cuando no es controlada adecuadamente puede ir dañando los vasos sanguíneos, arterias y venas incrementando el riesgo de que aparezca alguna disfunción sexual masculina debido a factores físicos. La diabetes también puede arrastrar angustia, inseguridad, miedo al fracaso, etcétera, lo que puede aumentar estos problemas debido a factores psicológicos. Sin embargo, no porque un hombre con diabetes presente alguna disfunción sexual esta debe ser atribuida a la diabetes, ya que existen muchas otras causas que pueden producir disfunción sexual masculina y que no tienen nada que ver con la diabetes (http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm).

La disfunción sexual más frecuente en hombres con Diabetes es la *disfunción eréctil* o "impotencia". En la mayoría de los casos la disfunción eréctil está asociada con alteraciones físicas y no psicológicas. La impotencia se puede producir por alteración a uno o más de los mecanismos responsables de la erección, estos daños, pueden incluir:

- Daño a los nervios del pene.
- Incapacidad de los vasos sanguíneos dentro del pene para almacenar la sangre.
- Bloqueo de las arterias.

Aunque, cabe destacar que además de la diabetes existen otras enfermedades que pueden ocasionar estos daños, tales como: enfermedades en los riñones, esclerosis múltiple, alcoholismo crónico, enfermedades vasculares y cirugía de la próstata.

Cabe destacar que los factores psicológicos solo causan de un 10 a un 20% de los casos de impotencia, los cuales se deben a stress, ansiedad, sentimientos de culpa,

depresión, baja autoestima y temor a fallar sexualmente. En hombres con diabetes estos temores pueden aumentar por el temor a una hipoglucemia

Asimismo, los hombres (con o sin Diabetes) pueden presentar otras disfunciones sexuales tales como:

- **Eyacuación precoz.**
- **Eyacuación retardada.**
- **Anorgasmia** o ausencia de placer durante el orgasmo.
- **Anafrodisia** o deseo sexual inhibido.
- **Dispareunia** coito doloroso

(http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm)

Como se pudo apreciar a lo largo de este capítulo si un paciente diabético no toma las medidas necesarias puede tener serias complicaciones tanto en su salud como en su calidad de vida, por esta razón lo primordial es mantener la salud en los pacientes diabéticos, y su vez una mejor calidad de vida ya que teniendo un tratamiento adecuado y cuidados generales se obtendrá un mejor nivel de vida, por tal motivo en el siguiente capítulo se abordarán aspectos de gran relevancia para el mejoramiento de la calidad de vida en personas que padecen diabetes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 5

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Desde hace mucho tiempo, se conoce la importancia que juegan los factores psicológicos en la diabetes mellitus. De esta forma, Lerman (1994) menciona que en el siglo XVII, Thomas Willis atribuyó la causa de la diabetes a una "pena prolongada"; posteriormente, Maudsley escribió acerca de la ansiedad relacionada con la diabetes. Todo esto cambió en 1922 con el descubrimiento de la insulina y la mejoría en las expectativas de vida. Asimismo, Lerman (1994) cita a Dunbar quien en 1954, se centró en la "personalidad diabética" y describió algunas características comunes: conflictos de dependencia e independencia, adaptación sexual, ansiedad, depresión, entre otras; sin embargo, no hay ninguna evidencia que apoye la existencia de tal personalidad diabética, por lo cual la diabetes no guarda relación típica con ningún trastorno o alteración emocional conductual.

De esta forma, podemos decir que se ha abordado el problema desde un punto de vista causa - efecto estudiando la participación de los factores psicológicos sobre el inicio o curso de la diabetes, analizando el impacto de la enfermedad en la adecuación psicológica y de ésta en la salud física del paciente. De lo cual se puede concluir que es necesario el desarrollo de una relación estrecha entre el individuo y su enfermedad para lograr un grado de control metabólico satisfactorio; ya que el paciente diabético no funciona en un medio aislado sino en un medio familiar, laboral y social.

Ahora bien, si a esto le sumamos que el paciente se encuentre en la infancia o en la adolescencia resulta importante conceptualizar al niño diabético como parte de un sistema familiar al que afectan los patrones funcionales de los padres (actitudes y comportamientos), que impactan recíprocamente a todo el grupo en áreas como la

comunicación, la integración marital, la autoestima de los padres y la relación entre hermanos, entre otras. En el joven y adulto diabéticos, la diabetes modifica su estilo de vida familiar y sus expectativas en relación con la calidad de vida. Tanto el funcionamiento del paciente diabético como el de su familia se afectan por las características particulares con que cada quien percibe la enfermedad en relación con la edad de inicio y el grado de control de la misma (Lerman, 1994).

Así, de acuerdo con Lerman (1994), el adulto con diabetes mellitus va más allá de un organismo que requiere corrección de los factores que vuelven insuficientes el efecto de la insulina endógena disponible; es un persona con emociones propias a las que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad por lo que las actitudes que los miembros de la misma tengan con el enfermo pueden afectar directa o indirectamente en el estado emocional del paciente y esto es precisamente porque padece diabetes. Como el objetivo general de la atención médica de estos pacientes es obtener el mejor control posible de la glucemia (para prevenir complicaciones crónicas) al mismo tiempo que se promueve la mejor calidad de vida posible, la comprensión y atención de los aspectos psicosociales tienen importancia desde dos puntos de vista; en primer lugar, para eliminar o reducir las barreras que dificultan un control metabólico adecuado y, también, para favorecer el bienestar mental y social de los pacientes.

De esta forma es importante que mencionemos que los factores que influyen en la respuesta emocional al diagnóstico de diabetes y su tratamiento incluyen, entre otros, edad, personalidad, autoestima, creencias sobre salud, ambiente social y nivel económico. Además, como ya se ha mencionado, algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento. Estas reacciones varían mucho en intensidad de un paciente a otro y determinan conductas, también muy diferentes.

De esta forma, es importante, que de acuerdo a los objetivos básicos de la psicología de la salud, tomemos en cuenta las respuestas emocionales así como también las conductas que éstas generan frente al diagnóstico de la diabetes, ya que la diabetes representa un

cambio de estilo de vida, y de las expectativas de cada paciente para lograr un control metabólico satisfactorio. Por esto es necesario hacer consciente al paciente de todo lo que implica el padecer una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes, resaltando las implicaciones que trae consigo el adecuado seguimiento del tratamiento, para que de esta forma el paciente adopte nuevos estilos de vida que le permitan establecer, de acuerdo a sus propias necesidades una óptima calidad de vida, evitando con ello las posibles complicaciones, tanto físicas como psicológicas, que la diabetes le puede ocasionar.

Asimismo, es importante resaltar que para evaluar la calidad de vida en un paciente diabético, se deben de tomar en cuenta aspectos como; estado anímico, alimentación, higiene, ingesta de medicamentos, actividad física, etcétera, todo esto con la finalidad de mantener su salud estable, lo cual le permitirá a las personas diabéticas alcanzar una calidad de vida que les permitan desenvolverse en todos los ámbitos de su vida como son: familiar, laboral, social.

5.1 Implicaciones Psicológicas en la Diabetes.

La influencia psicológica en la diabetes ya fue referida en 1899 por Maudsley, quien propuso que la depresión y la ansiedad prolongada podían considerarse un antecedente causal en el inicio de la diabetes. Actualmente, estas observaciones se integraron en el paradigma conceptual de la medicina psicosomática influida decisivamente por la teoría psicoanalítica. Las formulaciones psicosomáticas de la diabetes se desarrollaron a partir de la formulación de Menninger (1935; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) de "personalidad diabética" caracterizada por un estado de vigilancia disminuido, apatía, preocupaciones hipocondríacas y, especialmente, vulnerabilidad a la depresión.

En la actualidad, no se puede sostener una concepción de personalidad separada de las condiciones sociales, patrones de conducta y procesos fisiológicos. De ahí que los intentos por encontrar un modelo de personalidad común a tipos de individuos, prefigurado haya fracasado. Y, en cualquier caso, el intento de hallar un patrón de rasgos de

personalidad es irrelevante, ya que aunque se encontrase una correlación, no se sabría si la ineficacia del paciente para autocontrolar su diabetes e impedir descompensaciones favorece la conducta depresiva, o bien si individuos con una "personalidad depresiva" están sujetos a formas lábiles de diabetes. En último término, esta obligaría a plantearse cuáles son los déficit del diabético con su tratamiento y con sus interacciones en la vida cotidiana. En definitiva, por su inoperancia este enfoque sólo tiene interés como una aproximación arqueológica en el estudio de la influencia de la conducta en el curso de la diabetes (Buena, Caballo y Sierra, 1996).

De acuerdo con Buena, Caballo y Sierra, (1996), consideramos que no puede existir un enfoque definitivo que determine de manera concreta la personalidad, las actitudes y sobretodo las emociones de las personas con dicho padecimiento, ya que existe una diversidad de conductas y difícilmente se puede encontrar un patrón de conducta en específico.

5.1.1 Influencia del Estrés.

El número de factores psicosociales y fisiológicos que pueden ser importantes en el curso de la enfermedad y, en particular, en el abordaje del estrés y la diabetes es muy grande; cualquier desequilibrio entre las exigencias ambientales y la capacidad de un individuo para satisfacerlas llevará a experimentar tensión.

La práctica cotidiana del técnico de la salud con diabéticos, junto con los datos aportados por las investigaciones publicadas, evidencia el mutuo efecto descompensador diabetes – estrés. Es por esto que consideramos que el estrés puede interferir en la adhesión al tratamiento, provocando una descompensación metabólica; alternativamente, un bajo nivel de control diabético puede alterar el funcionamiento general, a nivel de sistema nervioso y endocrino, y también comportamental, exacerbando el efecto de la situación estresante, sin embargo, hay que considerar que la conducta puede tener consecuencias fisiológicas y que en el tratamiento diabetológico el instrumento más eficaz para favorecer

la compensación metabólica es lograr la adhesión del paciente y esto sólo es posible mediante habilidades comportamentales como medida contrarregulatoria de las fluctuaciones de la glucemia. Cualquier intento de explicación e intervención aislada resulta insuficiente.

Ahora bien, es conocido que existe una clara relación entre el estrés y la elevación de la glucemia (Mason, 1975; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996). En concreto, el estrés puede afectar a la glucemia por diferentes vías, como son, las hormonas del crecimiento, la prolactina y la betaendorfina; de manera que podría esperarse que un individuo diabético sometido a estrés presentara niveles de glucemia inusualmente elevados. No obstante, la relación estrés - diabetes no es ni mucho menos clara. Actualmente, sólo puede decirse que mientras que el estrés agudo tiende a provocar una desestabilización en las personas con diabetes, no hay pruebas convincentes de que induzca hiperglucemia (Lustman, Carney y Amado, 1981; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996). Por lo cual, como lo mencionan Kemmer, Bisping y Steingrüberg (1986; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996), el nivel de glucemia tras una situación estresante puede estar influido, entre otras variables, por el momento en que se tomen las muestras de sangre, el tiempo transcurrido entre dicha situación y la última comida, además de los niveles anteriores de compensación metabólica.

5.2 Confrontación con la Enfermedad.

Como ya se ha venido mencionando, el hecho de padecer una enfermedad permanente provoca en el individuo que la sufre y su familia un impacto emocional intenso y lo somete a un nuevo enfoque de su existencia, que debe ajustarse a una disciplina no siempre fácil de aceptar.

Una cabal comprensión del problema, una inteligente aceptación de lo hechos y una dedicación conciente, dirigida a corregir los efectos de la enfermedad, permiten que el diabético pueda desenvolverse en su vida personal y colectiva sin grandes diferencias del

individuo sano. Desde luego, esta conducta presupone un mayor costo en trabajo y dinero que puede ser minimizado con un adecuado entrenamiento y un correcto manejo de los medios disponibles (Schor y Senderey, 1996).

Por otra parte, se considera que para el enfermo resulta vital estar en contacto directo con el medio social, es decir, familia, y amigos etcétera. Ende a ello el enfermo esta expuesto a diversos factores ambientales y lo más óptimo para su salud es tener un amplio conocimiento acerca de su padecimiento, ya que esto le facilita seguir su tratamiento.

Además del apoyo familiar, la aceptación del diabético como un miembro más de la familia, sin privilegios ni rechazos, hace mucho a favor de una actitud correcta frente a la vida, lo que le permite desenvolverse igual que una persona no diabética y gozar plenamente de las oportunidades que se le ofrecen, como a todo ser humano.

5.3 La Enfermedad Como Crisis Familiar.

En la consulta con un paciente, no se debe de olvidar que también se está trabajando con la familia de la que éste forma parte, por lo que es de gran importancia percibir que significa, en términos de las relaciones familiares, que uno de sus miembros esté enfermo, ya que la enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar en función del tipo de enfermedad que se padezca.

Así, como lo menciona Komblit (1984; citado en Latorre y Benoit, 1992) dependiendo de las concepciones de la familia sobre la salud, la enfermedad y los recursos con qué cuenta para enfrentarse a esta última, se produce una desorganización familiar, secundaria al impacto de la enfermedad. Este grado de desorganización depende de el tipo de enfermedad así como de la dinámica familiar y la capacidad de permeabilidad de la familia. De acuerdo con esto, la evolución de la enfermedad dependerá en mayor o menor medida del tipo de enfermedad y de la elaboración que la familia haga de esta situación. De la misma forma, la respuesta a este estado de desorganización dará lugar a conductas adaptativas o disfuncionales.

De esta manera, el equipo asistencial debe de analizar los indicadores que le permitan conocer de antemano las posibles respuestas disfuncionales, para poder así prevenirlas, y evitar que interfieran en la evolución del proceso de curación. Así mismo, se debe examinar la posible existencia de factores de riesgo, que nos permiten conocer y prevenir la respuesta de la familia ante esta crisis. Estos indicadores se organizan entorno a tres aspectos centrales en el sistema familiar: el grado de permeabilidad de los límites familiares, el estilo de respuesta de la familia ante la enfermedad sea este centrípedo en donde la familia se vuelca excesivamente en el enfermo o centrífugo donde por el contrario, nadie quiere saber nada del enfermo, y por último la capacidad de la familia para resolver conflictos (Latorre y Beneit, 1992).

Así, de acuerdo con Hill (1949; citado en Latorre y Beneit, 1992), la intensidad de la crisis producida en el seno familiar por la aparición de la enfermedad, depende de la acción conjunta de varios factores, entre ellos el tipo de enfermedad, su evolución, tratamiento, grado de incapacidad y de la propia dinámica familiar, como ya se ha mencionado, pero en todos los casos con mayor o menor intensidad y duración se van encontrar las siguientes fases cruciales:

La fase de desorganización comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad; en estos momentos es cuando se suelen buscar soluciones defensivas ante el problema. Si existen conflictos en la familia, lo más probable es que éstos se agudicen. Aunque en ocasiones se observa en esta fase una reorganización precoz, que suele estar basada en una negación, y la crisis queda truncada; esta reacción es siempre negativa.

Durante la **fase de recuperación**, aparecen diversos indicadores de que la familia está comenzando su recuperación y emprende su reorganización; esto puede ser por la participación activa de un miembro hasta ahora más periférico, o se busca la comunicación con otras personas que han pasado por la misma circunstancia.

En la **fase de reorganización**, la familia consolida su estructura anterior o bien adquiere una nueva forma de organización o funcionamiento familiar. En el caso de las

enfermedades crónicas, una buena solución es la consolidación de una nueva redistribución de roles que permita el crecimiento y desarrollo de sus miembros.

5.4 Problemas Laborales en la Diabetes.

Muchas enfermedades crónicas producen en los pacientes problemas profesionales y cambios en su situación laboral. Las tasas de reincorporación al trabajo después de la fase aguda de la enfermedad son, para algunos tipos de trastornos, relativamente bajas. Además, algunos de los pacientes que vuelven a su trabajo anterior, lo hacen solo de forma parcial, o bien ocupando un puesto de menor responsabilidad. Asimismo, algunos estudios han puesto de manifiesto que determinados pacientes crónicos pueden ser discriminados en su lugar de trabajo después de reincorporarse al mismo (Davidson, 1983).

Ahora bien, en el caso específicamente de la diabetes dentro del campo laboral podemos mencionar que el hecho de ser una enfermedad crónica con posibilidades de complicaciones importantes, ha influido desfavorablemente en la empleabilidad del diabético, ya que hay una tendencia a rechazar su solicitud de empleo cuando se descubre la enfermedad que padece, ya que los empleadores temen un alto índice de inasistencia, periodos prolongados de incapacidad laboral o una mayor posibilidad de accidentes de trabajo.

Sin embargo, Scohr y Senderey (1996) mencionan que la experiencia muestra un cuadro distinto. En conjunto, los diabéticos tienen una dedicación al trabajo y una asistencia igual o mayor que la de los no diabéticos. No es que una enfermedad haga mejorar a una persona pero no hay duda que la adquisición de una gran disciplina para manejar su estado hacen del diabético un trabajador responsable y dedicado.

Como ya se había mencionado con anterioridad la información que se tenga acerca de la diabetes resulta sumamente importante, es decir, en muchas ocasiones se llega a pensar que las personas con dicho padecimiento tienen conductas similares y esto ocasiona

que no se pueda distinguir entre padecimientos graves y moderados, a diferencia de quienes cuentan con la suficiente información lo cuál le evita muchos prejuicios acerca de los enfermos con diabetes, por esta razón lo más óptimo es tener una amplia comprensión con los enfermos para así brindarles un mayor campo laboral.

Al igual que Schor Senderey (1996) se piensa que muchas veces, estas restricciones se basan en prejuicios u opiniones mal informadas sobre el efecto de la diabetes en la capacidad laboral de una persona. Esta injusticia está perpetuada y aun aumentada por la tendencia a considerar a todos los diabéticos como de características idénticas, lo que ocasione el error de no distinguir entre los casos leves o con excelente control médico, y aquellos otros, de pacientes no cooperativos ni controlables.

La Organización Mundial de la Salud en 1965 recalcó que no debe de discriminarse a los diabéticos sobre la base de un rótulo de diagnóstico y agregó: " El énfasis debe ponerse en las aptitudes individuales, la experiencia, la educación, los antecedentes y el estado físico, y no sobre el hecho de que sea diabético. En síntesis, el diabético debe de tener la posibilidad de obtener y trabajar en un empleo, para que el sea médicamente y vocacionalmente apto. Esta recomendación no ha obtenido el resultado que era de desear. En general se observa la tendencia a conservar el empleo ala persona que se hace diabético, pero no sucede lo mismo con los que aspiran a ingresar en un trabajo, sobre todo en las grandes empresas, en esta detección la diabetes en un aspirante conduce automáticamente a su rechazo (Schor y Senderey, 1996).

De esta forma, es importante que recalquemos que el diabético puede desempeñarse adecuadamente en muchas actividades, sin embargo, le están interdictas, sobre todo si son pacientes insulino dependientes, aquellas que puedan poner en peligro su vida y la de otros, como ser: conducción de vehículos de pasajeros, trabajos en andamios o escaleras y el manejo de maquinaria móvil pesada. Asimismo no es conveniente que el diabético insulino dependiente trabaje en turnos rotativos, ya que esto hace más complicado regular los horarios de comidas, coordinadas con los de administración de insulina; aunque con una buena educación diabetológica se podría superar esta dificultad.

En la mayoría de los diabéticos que comienzan su enfermedad en la adultez, la selección de una ocupación y el entrenamiento en la misma ya ha sido hecha, y la afección, en general, no modifica la actividad laboral.

Si por una complicación ocular se dificulta o se pierde la visión, es posible reentrenar al diabético en otras actividades manuales siempre que no tenga alterada la sensibilidad de los dedos. No sucede lo mismo en el niño o adolescente diabético, quien debe, junto con el arte de manejar su enfermedad, prepararse para competir en el mercado laboral y adquirir independencia económica. En estos casos, al diabético hay que orientarlo al desarrollo de una capacidad laboral en el campo del comercio o de las actividades dependientes del ejercicio de las profesiones liberales, o capacitarlo para labores manuales, donde no haya riesgos en caso de una brusca y severa hipoglucemia (Schor y Senderey, 1996).

La tendencia actual de la automatización de las técnicas industriales permite hoy día esperar que los diabéticos pueden ejercer actividades fabriles que hasta ahora les estaban contraindicadas. Asimismo, como lo mencionan Schor y Senderey (1996) una buena educación diabetológica es importantísima en el desarrollo de una capacidad laboral lucrativa. Cuanto más sepa el diabético cómo manejar en cualquier circunstancia, más fácil le será adaptarse y resolver cualquier desafío que una ocupación pueda presentar.

5.5 Problemas Sociales en la Diabetes.

Las enfermedades crónicas crean, con mucha frecuencia, importantes problemas de interacción social para los pacientes. Después del diagnóstico de un trastorno crónico, los individuos suelen tener dificultades para reestablecer sus relaciones interpersonales anteriores, esto debido a que se quejan de la compasión o rechazo que suscitan los demás, aún cuando de forma inadvertida ellos mismos están provocando esas reacciones. Algunos pacientes se aíslan socialmente o, por el contrario, se aventuran a una actividad social desmesurada sin estar todavía preparados para ello.

Pero, ¿qué ocurre con el paciente ? aquí si el individuo se enfrenta a una problemática difícil, todos sabemos que vamos a morir pero no sabemos cuando; esto de alguna manera nos tranquiliza, pero, ¿cómo se puede sentir el sujeto que ha sido declarado como incurable?, en algunas ocasiones no se le informa de ello, con el pretexto de la piedad, pero generalmente termina por darse cuenta al ver que no se mejora sino que empeora. Los planes que el individuo tenía para el futuro se vienen abajo, la conducta dirigida a una meta deja de tener significado, ya que no va a ser posible realizarse o hay que proponerla indefinidamente. Hay que recordar que la conducta dirigida a una meta se da en el devenir del tiempo en resultados esperados a corto, mediano y largo plazo. Pues bien, esto se viene abajo en su significado, ya que se truncan las diversas etapas hasta el momento de la enfermedad.

De esta forma, de acuerdo con Taylor (1986, Buela, Caballo y Sierra, 1996) las relaciones sociales se modifican, ya que no se pueden realizar las actividades que las permitan. En general, se visita al enfermo, pero al paso del tiempo va haciendo que las visitas se acorten y haya más tiempo espaciado entre una y otra visita.

Pero con la familia cercana no suele ocurrir, las relaciones han de modificarse necesariamente; ya que no se pueden realizar las actividades y las jerarquías de actividades de la misma manera que antes, esto crea un serio desajuste, ya que por un lado, las actividades dirigidas a las metas no se pueden realizar ni continuar realizándose; y por el otro, es necesario replantear nuevas metas.

Cuando el individuo tiene programada su vida, entonces lucha por ir obteniendo sus metas, esta lucha puede ser difícil pero si las metas son claras el sujeto no tiene problemas emocionales, ¿qué pasa cuando las metas ya planeadas se vienen abajo? Es necesario replantear nuevas actividades dirigidas a nuevas metas. Para que el sujeto formará su personalidad transcurrió mucho tiempo, se gasto energía y esfuerzos en formar hábitos, etcétera, ahora la situación le impone límites y en este caso los nuevos límites no sólo lo involucran a él, sino a toda su familia.

En el nivel interpersonal, las actividades que antes eran funcionales ahora ya no lo son y hasta puede empeorar la situación, por ejemplo, si el sujeto era una persona con autoridad y estaba en posición de mandar, en su nueva situación las conductas autoritarias y de mando ya no son funcionales.

Otro problema de las enfermedades crónicas mencionado por Taylor (1986, citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) es que, con el paso del tiempo, no avanzan ni retroceden en su enfermedad, esto solo sucede en algunas ocasiones, la familia comienza a desesperarse; los médicos, en su desconocimiento y falta de herramientas útiles para ciertas enfermedades, comienzan a sugerir problemas de tipo nervioso; esto hace desconfiar a la familia con respecto a la gravedad de su paciente y comienzan a sugerir que el paciente los manipula y entonces es donde los lazos de comunicación se van cortando. El paciente puede empezar a sentirse molesto por tales sugerencias, a entablar toda una lucha con la familia. Comienzan círculos viciosos de agresiones encubiertas; el paciente hace peticiones fuera del momento y del lugar adecuados y la familia se limita a hacer lo estrictamente indispensable, alejándose lo más posible del paciente, entonces la comunicación en cuanto a deseos y sentimientos se vuelve difícil, quedándose cada quién con ellos y con sus propias conclusiones acerca de la situación, la clase social a la que pertenece también es muy importante, ya que de esta depende el grado de comodidades y atenciones que se le puedan proporcionar. Es igualmente importante, debido a que está interrelacionada con el tipo de actividad productiva que desempeñaba el paciente.

5.6 Actividades Recreativas del Paciente con Diabetes Mellitus.

Los viajes, ya sea por razones de trabajo o bien por descanso, constituye uno de los aspectos que más preocupan al diabético y a su familia. Pero como ya se ha mencionado antes, el padecer diabetes no constituye ninguna contraindicación para llevar una vida completamente normal en el seno de la familia, tomando en cuenta, eso sí, ciertas consideraciones que la enfermedad impone. Ello es perfectamente posible si el paciente o sus familiares, en el caso de un niño, tienen una idea clara de los que significa la

enfermedad para ellos y han aprendido el manejo de los alimentos en forma correcta, interesa también si el paciente se controla con dieta solamente o si toma hipoglucemiantes bucales o insulina (Schor y Senderey, 1996).

Schor y Senderey (1996) mencionan que si el paciente se controla con dieta solamente y sabe manejarse con los alimentos, no habrá en general problemas ya que en los diferentes lugares a los que se viaje siempre tendrá la posibilidad de obtener alimentos adecuados. Pero donde podrían plantearse problemas es en los pacientes diabéticos que además de la dieta necesitan de la medicación hipoglucemiante bucal o de la insulina para controlar su enfermedad, en estos casos, habrá que tomar en consideración una serie de detalles que dependen del tratamiento que hace el paciente y de las características del viaje que emprenderá.

5.7 Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus.

La normalización glucémica es el resultado de la actuación coordinada y permanente de un conjunto de factores implicados en el metabolismo de la glucosa, entre los que destaca la insulina, el tipo, cantidad y horario de ingestión de alimentos, la cantidad y el momento del ejercicio físico, y los efectos autonómicos del estrés, por lo que el tratamiento de la diabetes no sólo es complejo sino que exige la participación activa del paciente. Éste debe aprender una serie de habilidades más o menos complicadas (desde la manipulación de jeringas hasta la confección de menús) que, por lo general, exigen el cambio de hábitos o rutinas cotidianas ya establecidas y gratificantes (estilo de alimentación, ejercicio, etcétera). Además, estos autocuidados —que son de por vida— cambian con frecuencia, por lo que la adhesión al tratamiento implica tomar continuas decisiones sobre las dosis de insulina, los alimentos y el ejercicio según los niveles glucémicos.

La mayor parte de los programas de educación en diabetes, tal como fueron diseñados y son aplicados en la actualidad, parecen producir cambios en la información que

el paciente posee de su trastorno y del cuidado necesario para su control, pero en raras ocasiones este cambio en el nivel de conocimientos se ha traducido en acción a través de una mejora en los niveles de adherencia al régimen terapéutico, que acabe reflejándose en la subsiguiente mejora en los índices diabéticos de control (Roales- Nieto, 1990).

De esta forma, debemos considerar que el tratamiento a seguir en la diabetes, por mucho que se simplifique y haga viable, es un tratamiento dificultoso, por los ingredientes que lo componen y la delicada dinámica que se trata de regular; ya que no es fácil suplir con autocontrol conductual un proceso de autorregulación fisiológica, sobre todo si las consecuencias negativas por su inadecuación son a largo plazo, mientras que de inmediato no hay estas consecuencias problemáticas, sino incluso privaciones e inconveniencias por hacerlo. Asimismo, la evitación de la hipoglucemia (por sus efectos aversivos) suele llevar ciertas tendencias a comer más y/o administrarse menos insulina, dando lugar quizá al hábito de mantener niveles de glucosa relativamente elevados.

Debemos destacar que la relación del clínico con el paciente también es relevante a la adhesión diabetológica, de esta manera algunos aspectos deficitarios o erróneos de este tipo podrían ser los siguientes: la prescripción de un tratamiento y régimen adecuados no es suficiente; a menudo, el profesional puede estar demasiado alejado de la realidad clínica, si es que de perfectas prescripciones, pero difíciles de cumplir por razones comportamentales, con lo cual no sería impropio considerar que un "buen" tratamiento es, sin embargo, un fracaso. En enfermedades como la diabetes se impone, hoy por hoy, un diseño conductual más adecuado al diabético que a la diabetes. Por otro lado, los clínicos pueden valorar menos ciertas condiciones que para el paciente son las más importantes, como los síntomas físicos y la glucosuria y, por el contrario, quizá sobrestimar otras, como la predicibilidad y control glucémico en relación con lo que cree el paciente, con lo que ello suponga de falta de "entendimiento".

Asimismo, es importante considerar que el mundo no está organizado precisamente conforme a la condición diabética. El contexto de la vida cotidiana probablemente no favorezca el régimen diabetológico, incluso puede sugerir hábitos en contra, sobre todo en

relación al tipo y horarios de las comidas, pero también en cuanto a ejercicio y otras circunstancias que pueden incidir en el estado glucémico.

Así, de acuerdo con Buela, Caballo y Sierra (1996) un adecuado cumplimiento requiere, al menos, del conocimiento, uso y disponibilidad de los siguientes requisitos por parte del paciente:

- a. Criterios válidos de evaluación de la glucemia.
- b. Competencias necesarias para realizar el autocontrol de glucemia (tomar muestras de sangre, manipulación de instrumental, lectura y evaluación de la glucemia, etcétera).
- c. Información acerca de las posibles alternativas de ajuste glucémico y competencia para su correcta ejecución (consumir o no cierto alimento, aumentar o disminuir el ejercicio o la insulina, etcétera).
- d. Disponibilidad de recursos (comida, insulina, etcétera).
- e. Habilidades sociales y asertividad para afrontar respuestas ambientales no facilitadoras (invitaciones a comer, ciertos consejos, sorpresas ante la insulina, etcétera).
- f. Toma de decisiones.
- g. Retroinformación sobre la eficacia de su actuación (mejora sintomática, nivel de glucemia, supervisión médica, etcétera).
- h. Beneficios por el autocuidado (mejora sintomática, apoyo social y clínico).

Por otro lado, las principales dificultades para el seguimiento tienen que ver con múltiples condiciones puestas de relieve a menudo (Rosenstock, 1985; Shillitoe, 1988; Irvine, Saunders, Blank y Carter, 1990; Fernández, 1991; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996), a saber:

- a. La complejidad y cronicidad del tratamiento
- b. Las modificaciones en el estilo de vida

- c. La ausencia de síntomas y un cumplimiento moderado suele permitir un estado asintomático aunque metabólicamente descompensado.
- d. Las complicaciones asociadas ocurren a largo plazo, perdiendo en buena medida su potencial efecto aversivo
- e. La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento; en tanto que la normalización glucémica depende de múltiples factores no siempre es contingente al cumplimiento: asimismo y salvo graves infracciones, el cumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas.
- f. En la práctica médica convencional, la comunicación de las complejas prescripciones del tratamiento no se realiza, generalmente, en unas condiciones formales que promuevan las destrezas requeridas en el cumplimiento y la satisfacción del paciente. Por lo general, no se emplean términos operativos, no se atiende el estilo de vida del paciente, no se proporciona *feedback* adecuado sobre los problemas surgidos ni el modelado de las conductas requeridas, ni la supervisión es suficiente y, con frecuencia, realizada por médicos que desconocen al paciente.
- g. Las consecuencias de un seguimiento correcto (tal y como se han descrito) son en muchos casos más primitivas que las del incumplimiento (entre todos los componentes del tratamiento, la dieta y el ejercicio son los que mayores porcentajes de incumplimiento presentan).

5.8 Evaluación de las Estrategias de Intervención para Mejorar la Adhesión Diabetológica.

Asegurar el cumplimiento de las prescripciones y, más aún, lograr que los pacientes autorregulen las condiciones del tratamiento para mantener dentro de la normalidad los niveles de glucemia, es el objetivo de cualquier programa diabetológico y, actualmente, es la mayor preocupación de los equipos de investigación en diabetes.

En cuanto a la evaluación de programas educativos, los equipos médicos han promovido este tipo de programas como un medio eficaz para promover la adhesión. El supuesto que subyace es que el nivel de conocimientos está relacionado con los resultados. Así, y atendiendo a las diversas peculiaridades de los pacientes y las familias (edad, fase de la enfermedad, nivel sociocultural, etcétera) se proporciona a los diabéticos la información necesaria acerca de la naturaleza de la diabetes y los tratamientos disponibles. Una revisión de estos programas realizada por Graber, Chritsman, Alogna y Davison (1977; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) concluyó que la mayoría, aunque aumenta el nivel de conocimientos, no tiene efecto, o bien, éste no es duradero, sobre el control, pudiendo atribuirse los resultados favorables a otras variables como la atención recibida. Finalmente, la conclusión más razonable es que los conocimientos, aunque necesarios, no son suficientes para cambiar la conducta y obtener un mejor control diabético.

Por otro lado, los programas conductuales han supuesto una alternativa; se han dirigido a implantar las habilidades pertinentes para el adecuado cumplimiento de todas o, de forma específica, alguna de las condiciones del tratamiento. Entre los procedimientos más empleados en los principales programas conductuales (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979; Epstein, Beck y Figueroa, 1981; Doleys, Meredith y Ciminero, 1982; Scheafr, Glasgow y Mc Caul, 1982; Surwit y cols., 1983; Gross, MaGalnick y Delcher, 1985; Wing y cols., 1988; Wing, Marcus, Epstein y Salata, 1987; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996), cabe citar los siguientes: asignaciones específicas y operativas de las tareas a realizar, proporcionar señales y claves para conductas específicas, adaptar el régimen de tratamiento a las necesidades específicas del paciente, elaborar contratos que definen las contingencias en caso de cumplimiento y, alternativamente, de incumplimiento, práctica gradual de las conductas a implantar en fases sucesivas, empleo del modelado, moldeado y refuerzo diferencial en el entrenamiento de nuevas conductas.

Los resultados demuestran la superioridad de estas técnicas en el desarrollo de conductas específicas y un mejor control. Sin embargo, aún no está definida su utilidad diferencial en función de las conductas a desarrollar y las peculiaridades de los pacientes. En general, entre las intervenciones con mejores resultados se encuentran la supervisión

regular del terapeuta, el control de estímulos y el reforzamiento de los progresos, y el empleo de estrategias seguras de *feedback* sobre la ejecución y los valores glucémicos (Mazzuca, 1982; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Goodall y Halford (1991; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996) mencionan que los métodos de intervención conductual pueden, sin duda, ofrecer herramientas muy útiles para mejorar la adhesión al tratamiento diabético; no obstante, se requiere un mayor rigor metodológico que garantice la validez de los resultados obtenidos. Entre las limitaciones que pueden observarse en la mayoría de los trabajos cabría destacar, en primer lugar, el uso exclusivo de los valores de glucemia como medida de la adhesión al tratamiento, desatendiendo las variables comportamentales que con mayor objetividad informan del grado de cumplimiento. En segundo lugar, no se ofrecen resultados de seguimiento a largo plazo y, en tercer lugar, son importantes los análisis que indaguen los predictores terapéuticos y/o psicosociales de la mejoría clínica.

Los programas conductuales hacen también especial énfasis en la investigación de procedimientos de evaluación adecuados tanto de los parámetros físicos como del estilo de vida del sujeto. Glasgow, Mc Caul y Schafer (1987; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996) han discutido las clases de medidas a utilizar, que incluyen: autoinformes, autoobservación, entrevistas conductuales y análisis funcionales para identificar conductas concretas y las variables que las mantienen. Un problema habitual es la escasa fiabilidad y validez que ofrecen los registros de los pacientes, especialmente en lo que respecta a la observación de la dieta y las rutinas cotidianas. Parece realmente conveniente diseñar la evaluación (y por supuesto el tratamiento) para cada caso particular.

Desde esta perspectiva, se viene desarrollando un programa para la promoción de la adhesión diabética, en que cada condición del régimen del tratamiento diabético se entiende como un comportamiento complejo que el diabético debe aprender y asimilar en su rutina cotidiana de forma definitiva y sin que entre en competencia con sus actividades diarias (Fernández, 1986; Fernández y Pérez-Álvarez, 1988; Fernández, 1990; Pérez-Álvarez y Fernández, 1992; citados en Buela, Caballo y Sierra, 1996). Así, y de acuerdo al

análisis de conducta, el primer requisito de la intervención consiste en identificar y operativizar las conductas específicas que median en el seguimiento de cada una de las citadas condiciones de tratamiento en cada diabético. Mediante la entrevista conductual y registros de conducta se recoge información acerca de habilidades y déficit específicos en relación al cumplimiento y automanipulación de cada condición de tratamiento, las rutinas cotidianas a fin de adaptar las exigencias del tratamiento al estilo de vida (y las demandas ambientales) de cada individuo, así como de la presencia de conductas desadaptativas a causa de la diabetes (dependencia, ansiedad, abandono de actividades gratificantes, depresión, etcétera). La información recogida permite identificar, para cada paciente y durante todo el entrenamiento, las habilidades y los déficit en cada condición de tratamiento (conforme a las exigencias médicas) y operativizar las conductas a implantar o eliminar que constituyen los objetivos de la intervención. En cada sesión se establecen metas concretas de cambio atendiendo a la condición particular de cada individuo, sus recursos y las condiciones facilitadoras o entorpecedoras derivadas de su estilo de vida o ambiente. Es entonces cuando se emplean a fondo los procedimientos y técnicas de terapia de conducta destacando el autocontrol de glucemia, con lo que se pretende que los objetivos sean relevantes y operativos pues, en definitiva, de la implantación de estas conductas dependerá tanto el logro de la adherencia al tratamiento como la capacitación del sujeto para el autocontrol de la glucemia manipulando todas las condiciones de las que depende. Puede decirse que, en último término, se pretende poner bajo control conductual el proceso autorregulador de la glucosa (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

5.9 Personas que Intervienen en el Apoyo Psicológico del Paciente.

De acuerdo con lo escrito por Feldman (1974, citado en Buceta y Bueno, 1996) acerca de que la enfermedad es en gran medida un problema de comportamiento y función, puede que el mejor problema de actuación no sea el tradicional, orientado a la enfermedad y utilizado por los médicos, sino por el contrario un profesional sanitario debe considerar una perspectiva psicosocial más humana, centrada en elementos tales como la calidad de vida y el significado particular que tenga una enfermedad para una persona determinada.

Con relación a esto, Vales (citado en Buceta y Bueno, 1996) argumenta que los pacientes con amputaciones son seres humanos incapacitados solo parcialmente en la mayoría de los casos y que mediante una preparación adecuada física y mental, pueden ser tan útiles como las personas normales.

Consideramos que otro aspecto de gran importancia, es el papel que juega el psicólogo dentro del tratamiento, ya que éste es el que actúa sobre la estructura ideativa del propio paciente y progresivamente le irá ayudando a resolver la crisis, la ansiedad o angustia entorno a la situación, sus sentimientos despreciativos y a su posible retirada y aislamiento de la competencia social. Ya que como menciona Ruano (citado en Gálvez, 1990) los psicólogos cuando trabajan con pacientes que han sido amputados promueven la autoestima del deficiente físico; el conocimiento de sus aptitudes y de su potencial como ser humano y contribuyendo a la ayuda de su preparación y formación para incorporarse o volver a su mundo en creciente desarrollo, conociendo este proceso como psicología de la rehabilitación.

Por tal razón, es importante que dentro de las instituciones dedicadas a la salud intervenga el área de la psicología dando apoyo terapéutico a los pacientes que presentan enfermedades crónicas, como en este caso la diabetes. De esta manera, se elaboró una propuesta en donde el psicólogo interviene de manera directa y conjunta con otros profesionales de la salud, dando información dentro de las instituciones.

CAPITULO 6

PROPUESTA PARA MEJORAR LACALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

En las últimas décadas se ha observado una alta incidencia de diabetes, enfermedad que por sus graves complicaciones y cuidados genera una mala calidad de vida dentro de esta población, esto podría deberse por la poca o nula información referentes a esta enfermedad, por lo cual es importante que se les brinde tanto información adecuada, como el apoyo psicológico necesario a las personas con dicho padecimiento, para que de esta forma aprendan más fácilmente a manejar su enfermedad, controlándola y mejorando así su calidad de vida.

Como ya es bien sabido, en toda investigación es importante establecer objetivos que nos permitan lograr una evaluación confiable, en la que se tome en cuenta todas las variables involucradas.

En este caso en particular, retomando la definición de Matarazzo (1980) la cual define a la psicología de la salud como una disciplina que interviene en áreas de promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, mejora del sistema sanitario y formulación de políticas de salud.

Retomando los aspectos anteriores, se considera que la psicología de la salud, es la alternativa más completa que puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en pacientes diabéticos, ya que es necesario que se implementen acciones tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, considerando ambos aspectos como los más importantes, con la finalidad de evitar las complicaciones secundarias a las que se enfrentan los pacientes diabéticos y por consiguiente sus efectos sobre la calidad de vida en los mismos.

Es importante mencionar, que una de las problemáticas, que hasta la actualidad no se ha podido resolver, es la poca adherencia al tratamiento que muestran los pacientes diabéticos, y que tienen serias repercusiones en primer lugar y de manera directa en su salud, y por supuesto a nivel médico, económico y social. Una reflexión importante, acerca de este punto, es que si la población modificara el concepto de salud, como percibe su salud, y los comportamientos relacionados con el mantenimiento de la misma, podría representar el primer paso, para identificar cuáles son los comportamientos y estilos de vida saludables que debe adoptar para mantener su salud y como consecuencia mejorar su calidad de vida.

De esta forma, dentro de un nivel preventivo secundario en el que se propone la inserción del psicólogo de la salud en el caso de atención a pacientes diabéticos, lo primero que se debe de tomar en cuenta es la información que se le puede brindar al paciente diabético, acerca de los aspectos psicológicos como hábitos y comportamientos saludables, además los aspectos motivacionales, sociales y familiares que intervienen en el manejo de la diabetes y sus consecuencias; evitando así que la información que se maneje al paciente sea exclusivamente médica. Esta información se brindaría a las personas que asisten a instituciones del sector salud; por ser los lugares donde existe una gran cantidad de personas diabéticas, de la misma manera, el psicólogo dirigirá grupos de apoyo, los cuales tendrán como principal objetivo modificar las conductas no deseadas por conductas saludables para los pacientes.

Cabe destacar que también es importante la participación de otros profesionales de distintas áreas de la salud como son: medicina, enfermería, nutrición y trabajo social, con la finalidad de brindarle al paciente toda la información referente a su enfermedad. Cabe señalar, que el profesional de cada área estará encargado de elaborar la información y las actividades que le correspondan dentro de su participación en los grupos de apoyo.

Desde el punto de vista particular, se considera que realizando un trabajo multidisciplinario, el psicólogo de la salud, podría participar en la creación de modelos de

salud, que promuevan y fomenten estilos de vida sanos, en los que se desarrollen trabajos conjuntos.

Es importante que en esta propuesta se incluya un instrumento que evalúe las características de una población en relación al comportamiento que tienen sobre salud y su relación con el contexto social y su funcionamiento dentro del mismo, con esta finalidad, se propone retomar los instrumentos de funcionamiento psicosocial y funcionamiento de la salud, elaborado por Ramírez y Cortés, (2000), este instrumento está en proceso de validación y existe suficiente correlación entre las escalas que contiene.

Ambos instrumentos constan en total de 127 reactivos, que se clasifican de la siguiente manera: 69 reactivos pertenecen al *funcionamiento de salud* y 58 al *funcionamiento psicosocial*.

El área de *funcionamiento de la salud* se desglosa de la siguiente manera:

- 1) **Respuesta a la enfermedad**, Se evalúan las actitudes que toma el paciente al presentar una enfermedad. Tomando en cuenta aspectos como: autoayuda, ayuda profesional, de amigos, ayuda espiritual y paso del tiempo.
- 2) **Hábitos de salud**, Se evalúa la frecuencia con que la persona lleva a cabo conductas de salud o conductas de riesgo se padezca o no una enfermedad. Considerando: hábitos positivos y negativos.
- 3) **Historia de salud**, se evalúa la forma en que el paciente concibe su estado de salud comparado con el de otras personas de su misma edad. Tomando en consideración componentes como: salud total, salud reciente, enfermedad crónica e impedimento de la enfermedad.
- 4) **Uso del sector salud**, se evalúa la frecuencia con la que la persona hace uso del sector salud. Tomando en consideración: visitas al doctor, tratamiento hospitalario, trato de personal, paso del tiempo.
- 5) **Creencias y actitudes**, se evalúa el aspecto cognitivo relacionado con el estado de salud. Considerando: autoeficiencia, vigilancia de salud, valores de la salud, confianza al personal, confianza al sistema e hipocondría.

Por otra parte el área de *funcionamiento psicosocial* abarca las siguientes variables:

- 1) **Estrés de vida**, evalúa la cantidad de estrés que una enfermedad puede provocar, tomando en cuenta: número de eventos estresantes, estrés percibido y estrés global.
- 2) **Afrontamiento**, evalúa la forma en la que cada persona afronta una enfermedad.
- 3) **Apoyo social**, evalúa el apoyo que el enfermo percibe de las personas que le rodean. Tomando en cuenta: el apoyo social, apoyo emocional, apoyo informativo, tangible e intercambio negativo
- 4) **Salud psicológica**, evalúa diferentes aspectos psicológicos que una enfermedad puede acarrear, como: tensión, cambio de estado de ánimo, culpabilidad, lentitud motora, estado ansioso, queja somática, disturbio cognitivo y satisfacción de vida.

De esta forma, ya que este instrumento toma en cuenta tanto el funcionamiento físico como el psicosocial se considera que es el más adecuado para evaluar los comportamientos relacionados con la salud en la población. Lo cual puede contribuir a evaluar el funcionamiento de la salud, en la población de pacientes diabéticos y con ello identificar también comportamientos relacionados con la salud que puedan modificarse con la intervención del psicólogo.

Ahora bien, en cuanto a la evaluación de la calidad de vida, es lamentable que no existan instrumentos, que evalúen la calidad de vida en pacientes diabéticos, de manera muy general, podrían tomarse en cuenta otros instrumentos relacionados con la calidad de vida, como; el "*Índice de salud Mc Master*" (Chambers, 1982), "*Escala de medida del impacto de la artritis*" (Menean, 1980), "*Escala de apoyo social instrumental y expresivo*" (Lin, Dean y Ensel, 1981) y "*Cuestionario de Calidad de vida*" (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988). Sin embargo, aunque no existen instrumentos que precisen la evaluación de calidad de vida, desde nuestro punto de vista, se considera que el instrumento "*Escala de apoyo social instrumental y expresivo*" (Lin, Dean y Ensel, 1981)

(Ver anexo), puede ser un apoyo importante para la evaluación de calidad de vida, y con ello el psicólogo de la salud, proponer acciones específicas de intervención en las que el objetivo principal sería mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

CONCLUSIONES

La salud es un aspecto de suma importancia para el ser humano, en donde, tradicionalmente, los médicos regidos por un modelo biomédico eran los encargados de esta área, pero desde este punto de vista la salud sólo era considerada como algo que hay que conservar o curar a través de intervenciones quirúrgicas o de la farmacología. De esta forma, en la búsqueda de un modelo que reemplazara al modelo biomédico y que no considerará a la salud y a la enfermedad como aspectos opuestos sino como un proceso en el cual se tomaran en cuenta no sólo los aspectos biológicos de las personas sino que además se retomaran los factores sociales, económicos, culturales y conductuales, surge así la psicología de la salud, la cual rigiéndose por un modelo biopsicosocial, toma como base, la conducta humana, las causas biológicas y sociales, ya que para poder intervenir en esa parte "física" es importante haber establecido y consolidado la intervención en el aspecto psicológico del paciente.

De esta forma, la psicología de la salud, tiene como propósito destacar los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, promoción, mantenimiento y rehabilitación de los problemas relacionados con la salud. Asimismo, podemos decir que la psicología de la salud también se ha enfocado a mejorar el proceso de atención, así como la adherencia terapéutica, el rol del enfermo, la educación de los pacientes, la organización de los servicios, etcétera. Además, se debe reconocer que dicho campo ha desarrollado tanto estrategias, metodologías como conocimientos orientados a la prevención de la enfermedad, la promoción de los hábitos de salud, la participación comunitaria, el conocimiento de los factores psicológicos relacionados con la salud y por ende con la enfermedad, y aproximaciones teórico metodológicas que ayudan a mejorar los procesos de atención. Por lo anterior, podríamos decir que la psicología de la salud retomando el modelo biopsicosocial, reemplaza al modelo biomédico el cual se centra sólo en los aspectos físicos de la salud, ignorando los factores psicológicos y sociales.

De esta manera, hoy en día la psicología de la salud ha crecido de una forma impresionante extendiendo sus áreas de investigación hacia aspectos de gran importancia relacionados con el cumplimiento de sus objetivos. Así, uno de los conceptos que está de moda dentro de la psicología de la salud es la "calidad de vida" que tienen las personas con alguna enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes mellitus, y aunque este interés ha surgido desde tiempos inmemorables, no fue hasta la década de los 60s cuando empezó a popularizarse el término de calidad de vida como tal; de primera instancia, dicho término se empezó a utilizar en los debates públicos para hablar del medio ambiente y del deterioro de las condiciones de vida urbana, en un primer momento fue empleado en las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para posteriormente emplearlo en el ámbito subjetivo. A finales de los 70s y principios de los 80s, el término ya empezó a definirse como concepto que integra distintas áreas de la vida, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como subjetivas.

Aunque ya han pasado varios años de que el término surgió, aún en nuestros días no se ha podido establecer un concepto como tal de la calidad de vida, ya que este término tiene una entidad vaga, esto es ocasionado por las múltiples confusiones que se dan con respecto a niveles de vida, satisfacción, bienestar y felicidad, es por esto, que resulta difícil dar una definición tal cual del concepto de calidad de vida. No obstante, para la elaboración del presente trabajo se partió de las definiciones propuestas por Secchi (1996) y Veenhoven (1996 citado en Legorreta, 1997) concibiendo así a la calidad de vida como la forma en que el individuo utiliza los recursos que tiene a su alcance, tanto económicos, afectivos, sociales, laborales como culturales, para obtener un grado de satisfacción, teniendo en consideración que ésta puede variar de cultura a cultura y dependerá del punto de referencia que cada individuo tenga acerca de la calidad, no olvidándonos que estará compuesta de las áreas objetivas y subjetivas.

Se considera que tener un concepto de calidad de vida en líneas generales resulta importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejoría de muchos problemas de una sociedad que se encuentra en

diversas transformaciones, siendo así de verdadera utilidad sobre todo en lo que respecta a los servicios de salud. Por lo que, dentro del área de la salud se han hecho un sin número de investigaciones acerca de la calidad de vida, ocasionando avances en el campo de la medicina, dichos avances han logrado prolongar la vida del ser humano, pero aún así se da un incremento en las enfermedades crónicas, ocasionando un especial interés en el concepto de "calidad de vida relacionada con la salud"; este concepto hace referencia a la percepción que tienen los pacientes acerca de una enfermedad crónica como es el caso de la Diabetes Mellitus, o de las aplicaciones y adherencias de un tratamiento, y en las consecuencias que provoca sobre su bienestar, físico, emocional y social.

De esta forma, se considera, que para poder mejorar la calidad de vida en las personas diabéticas, es importante enfocarse al cómo se podría posponer o en el mejor de los casos, prevenir la enfermedad, además del cómo podría disminuir el impacto social y psicológico que provoca la diabetes. Para ello, es importante considerar algunos de los aspectos que retoma la psicología de la salud, como la prevención, promoción y tratamiento de la salud, esto, sin dejar de tomar en cuenta las etapas por las cuales podría pasar un enfermo crónico, desde el punto de vista personal, se considera que uno de los aspectos más importantes y determinantes en la posterior aceptación de la enfermedad, donde se podría lograr un nivel preventivo, es el momento de darle el diagnóstico al paciente, ya que generalmente es en esta etapa cuando se produce un fuerte impacto emocional en donde el paciente se puede sentir confundido y desorientado lo que le impide, de momento, darse cuenta de todos los cambios y ajustes que tendrá que hacerle a su vida, de esta forma, la prevención se podría lograr informando al paciente de todo lo relacionado con la diabetes mellitus, debido a que la información con la que cuenta el paciente acerca de su "nueva" enfermedad (en este caso la diabetes) podría afectar o modificar la representación cognitiva que elabore acerca de su enfermedad, como menciona Leventhal y cols (1980), el paciente es un procesador activo quien va elaborando una definición de la enfermedad en función de la cual regulará su comportamiento influyendo en su mejor o peor adaptación a la misma.

De igual manera, se considera que dentro de toda enfermedad crónica existe una fase crítica que es importante retomar, debido a que es una fase donde generalmente se atraviesa por un periodo de desequilibrio tanto físico, social como psicológico, donde

además se experimentan diversas emociones, tales como, miedo, ansiedad, ira, negación, depresión. Asimismo, durante esta fase se producen diversas reacciones adaptativas, que van desde hacerle frente al dolor, enfrentarse al ambiente del hospital, a los procedimientos terapéuticos, hasta establecer relaciones adecuadas con los profesionales de la salud; en cuanto a esto se considera que no siempre se podría llegar a este tipo de adaptación, ya que como menciona Latorre y Benéit (1992), la negación es una reacción que generalmente ocurre al inicio de la enfermedad, pero que en muchos casos aparece de forma intermitente durante todo el periodo de ajuste a la misma, de igual forma también se puede experimentar depresión ya sea durante o después de la fase crítica, lo cual de cierta forma podría imposibilitar a que el paciente llegue a adaptarse a un ambiente hospitalario que en muchas ocasiones solo lo deprimiría más, así como aceptar un tratamiento terapéutico cuando podría estar pasando por un periodo de negación en donde no crea necesario o importante someterse a algún tratamiento.

Como se puede ver, las reacciones emocionales ante cualquier enfermedad crónica, juegan un papel muy importante a lo largo de todo el proceso de adaptación por el cual pasa todo paciente, desde que es diagnosticado hasta el momento en el que acepta y aprende a vivir con su enfermedad; la confrontación y resolución de estas emociones serán determinantes para su calidad de vida.

Ahora bien, al igual que las emociones experimentadas por cada paciente diabético, también es importante destacar que una enfermedad crónica, como la diabetes, acarrea problemas de diversa índole, como problemas emocionales, familiares, económicos, sociales, laborales etcétera, de ahí la importancia de retomar el modelo biopsicosocial adoptado por la psicología de la salud; de esta forma, se puede decir que una enfermedad crónica degenerativa también trae consigo algunos problemas de interacción social para los pacientes, esto se puede deber a que muchas veces piensan que sus amigos y familiares los compadecen, sienten lástima o lo rechazan, aunque en realidad esto no suceda, lo que puede provocar que muchas veces el diabético se margine de todo o parte de su círculo social, ya que algunas de sus actividades diarias deberán modificarse, por ejemplo, tendrá que llevar una dieta especial, ingerir medicamentos, hacer ejercicio, adquirir nuevos hábitos, etcétera.

Por tal razón, el papel que juegan las personas que rodean al diabético, es decir, sus amigos, compañeros de trabajo, y principalmente sus familiares más cercanos, es de vital importancia, ya que esto puede suponer una modificación y posterior readaptación del sistema familiar. De igual forma, el apoyo que cada integrante le da al paciente diabético será un factor importante para su readaptación, aunque muchas veces a pesar del apoyo de sus familiares el paciente se puede llegar a sentir marginado, rechazado o culpable.

También es importante destacar que un paciente diabético experimenta cambios dentro de su campo laboral en donde existen muchos prejuicios ocasionando diversas restricciones originadas por una mala información sobre los efectos de la diabetes en la capacidad laboral de una persona, esta injusticia está perpetuada y aún aumentada por la tendencia a considerar a todos los diabéticos como iguales, es decir, no haciendo distinción entre los casos leves con un excelente control terapéutico, y aquellos otros pacientes no cooperativos ni controlables. Por lo anterior, se considera importante recalcar que el diabético controlado puede desempeñarse adecuadamente en diversas actividades, y no por padecer una enfermedad crónica se pierda el derecho a tener una vida útil y ocasione que el paciente que llegó a un estado emocional estable tenga un lamentable retroceso dentro del mismo.

Ahora que se han reconsiderado algunos de los problemas más frecuentes e importantes que podría pasar un paciente diabético, se recomienda que cuando el paciente presenta problemas emocionales ó una actitud negativa en relación con su enfermedad y su entorno, es de suma importancia la estimulación que se le pueda dar al paciente, así como dar oportunidad de hablar con él sobre sus sentimientos y experiencias buscando nuevas formas de manejar la tensión emocional antes de que surja. De igual manera, es esencial que todas las personas que rodean al paciente entiendan y conozcan las dificultades y problemas que el paciente enfrenta para controlar su enfermedad, para así poder reforzar sus habilidades y fortalezas, lo cual puede ayudar al paciente a sentirse apoyado y comprendido.

Además, se considera que es de suma importancia una rápida y activa incorporación del paciente diabético al conocimiento de todo lo que la diabetes conlleva (tratamiento, dieta, ejercicios, medicamentos, y lo más importante, las complicaciones que podría ocasionarle la enfermedad si no sigue un tratamiento adecuado), así como un autocontrol de sus emociones, esto sin dejar a un lado el apoyo que le pueda otorgar el personal sanitario, ya que es importante que en todo momento oriente al paciente en los caminos a seguir y vigile el control metabólico y la evolución de la enfermedad.

Por todo lo anterior, se puede decir, que el apoyo psicológico que se les otorgue a los pacientes, inmediatamente después de ser diagnosticados como diabéticos, podría ser una forma eficaz de ayudarlos a que se adhieran a un tratamiento adecuado para prevenir futuras complicaciones, así como también se podría evitar que se formen ideas erróneas que puedan confundirlo, repercutiendo en la manera en cómo encare o afronte su enfermedad, lo cual será de vital importancia para lo futuro en su vida. Aunado a ello, el apoyo que se le pueda brindar a los pacientes diabéticos en los diversos sectores que comprenden su vida pueden llegar a ser una pieza clave para tener una mejor calidad de vida.

x

A N E X O

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta o afirmación y marque sus respuestas con una cruz en los cuadros numerados. Es importante aclararle que sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que se le solicita que responda de la manera más veraz posible y sin pensar sus respuestas demasiado.

Por último es importante mencionarle que este cuestionario es confidencial y solo se utiliza con fines de investigación.

Le agradecemos su cooperación.

SEXO

Masculino	femenino
-----------	----------

Edad _____

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS
-----	------	--------	------------------	-------

¿Cuál es su grado de escolaridad? No importa que aún no lo haya concluido.

primaria	secundaria	preparatoria	Carrera técnica	Profesional	ninguna
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

I.- La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 media	2 moderada	3 seria	4 muy seria
---------	------------	---------	-------------

De acuerdo a su respuesta anterior 1, ¿Qué acciones realizaria en respuesta a una enfermedad? Señale el número que más se acerque a su respuesta

NO	PROBABLEMENTE	REGULAR	PROBABLEMENTE	SI
1	2	3	4	5
2	¿Acercarse a Dios?			1 2 3 4 5
3	¿Avisarle a sus amigos?			1 2 3 4 5
4	¿Evitar ponerse tenso?			1 2 3 4 5
5	¿Ir a que le hagan curaciones espirituales?			1 2 3 4 5
6	¿Ir al doctor o al hospital?			1 2 3 4 5
7	¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar?			1 2 3 4 5
8	¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo.			1 2 3 4 5
9	¿Obedecer todas las indicaciones del médico?			1 2 3 4 5
10	¿Pedir el consejo de sus amigos?			1 2 3 4 5
11	¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual ?			1 2 3 4 5
12	¿Quedarse en cama ?			1 2 3 4 5
13	¿ Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas ?			1 2 3 4 5
14	¿ Tomar la medicinas que el médico le recetó ?			1 2 3 4 5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El año pasado ¿Qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

Diario	A menudo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca		
1	2	3	4	5		
15	¿ Abusar de la sal en la comida ?	1	2	3	4	5
16	¿ Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5
17	¿ Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5
18	¿ Caminar a diario con fuerza y energía ?	1	2	3	4	5
19	¿ Comer entre comidas ?	1	2	3	4	5
20	¿ Comer menos ?	1	2	3	4	5
21	¿ Conocer las calorías que consume en los alimentos ?	1	2	3	4	5
22	¿ Consumir tabaco en cigarrillos puros o pipa?	1	2	3	4	5
23	¿ Dormir por lo menos siete horas todas las noches ?	1	2	3	4	5
24	¿ Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5
25	¿ Ingerir alimentos nutritivos ?	1	2	3	4	5
26	¿ Ingerir comida chatarra ?	1	2	3	4	5
27	¿ Ingerir vitaminas ?	1	2	3	4	5
28	¿ Leer escritos sobre el cuidado de la salud ?	1	2	3	4	5
29	¿ Medir su colesterol ?	1	2	3	4	5
30	¿ Platicar con los amigos sobre su salud ?	1	2	3	4	5
31	¿ Realizar algún ejercicio con energía ?	1	2	3	4	5
32	¿ Tomar cerveza ?	1	2	3	4	5
33	¿ Tomar vino, jerez, rompoppe ?	1	2	3	4	5
34	¿ Tomar tequila, ron, brandy, u otros ?	1	2	3	4	5
35	¿ Usar drogas ?	1	2	3	4	5
36	¿ Usar el hilo dental ?	1	2	3	4	5
37	¿ Usar cinturón de seguridad ?	1	2	3	4	5
38	¿ Manejar sin respetar el límite de velocidad ?	1	2	3	4	5

Marque el número que más se acerque a su respuesta

Pésima Mala Regular Bien -Excelente

1 2 3 4 5

39	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5
40	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5

41. ¿ Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses) (marque si o no)

0. NO -----vaya a la pregunta 45

1. SI -----vaya a la pregunta 44

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Nada Un poco Regular Mucho Totalmente

1 2 3 4 5

42	Si tiene una enfermedad crónica, ¿Qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad crónica, no responda esta pregunta)	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El año pasado, ¿ Cuantas veces llevó a cabo las siguientes las siguientes actividades? (marque la LETRA a la respuesta apropiada)

43	¿ Ir al consultorio del doctor ? (excepto por embarazo)	A 0	B 1	C 2	D 3- 5	E 6 o más
44	¿ Pasar la noche en el hospital para recibir algún tratamiento? Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas en el hospital.	A 0	B 1	C 2	D 3- 5	E 6 o más
45	¿ Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares, Emergencias, Clínicas u Hospital. Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas.	A 0	B 1	C 2	D 3- 5	E 6 o más

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

NO Un poco Regular Casi Si
 1 2 3 4 5

46	Atiendo mucho el rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5
47	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5
48	Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5
49	Confío en el juicio de los doctores	1	2	3	4	5
50	Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
51	Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5
52	Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	1	2	3	4	5
53	Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo	1	2	3	4	5
54	Siempre confío en los doctores	1	2	3	4	5
55	Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones	1	2	3	4	5
56	Me enfermo frecuentemente	1	2	3	4	5
57	Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz	1	2	3	4	5
58	Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
59	Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud	1	2	3	4	5
60	Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad	1	2	3	4	5
61	Soy muy bueno para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
62	Soy muy capaz para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
63	Tener buena salud es importante para una vida feliz	1	2	3	4	5
64	Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades	1	2	3	4	5
65	Tengo objetivos para conservar mi salud	1	2	3	4	5
66	Es deficiente el sistema de salud del país	1	2	3	4	5
67	Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud	1	2	3	4	5
68	Existen cosas más importante que la salud	1	2	3	4	5
69	Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad	1	2	3	4	5

TESIS 001
 FALLA DE ORIGEN

El año pasado, ¿En cuál de las siguientes situaciones se encontró?

Marque 0 (NO) si NO le ocurrió

Marque 1 (SI) si SI le ocurrió

Por cada situación que si le haya ocurrido, marque que tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca NO, deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón

Nada Tenso 1 Muy Poco Tenso 2 Poco Tenso 3 Muy Tenso 4 Totalmente Tenso 5

1	Adquirió una casa nueva	0	1
2	Algún amigo tuvo problemas serios	0	1
3	Algún hijo se fue de la casa	0	1
4	Cambio de casa o departamento	0	1
5	Cambio de trabajo	0	1
6	Dejó el trabajo o lo despidieron	0	1
7	Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1
8	Muerte de un familiar o amigo	0	1
9	Nacimiento de un hijo	0	1
10	Problemas con el jefe o compañeros	0	1
11	Problemas con conyuge o familiares	0	1
12	Problemas financieros	0	1
13	Se cambio de ciudad	0	1
14	Su hijo (a) empezó o dejo la escuela	0	1
15	Su hijo (a) tuvo problemas	0	1
16	Tuvo problemas legales	0	1
17	Usted sufrió una enfermedad	0	1

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Nada 1 Un Poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

18	¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

Me describe muy mal 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Me describe muy bien 5

19	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5
20	Mantengo la calma	1	2	3	4	5
21	Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5
22	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5
23	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5
24	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5

TESIS CON FALLA EN ORIGEN

Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigo y familiares cercanos que sean adultos

	Ninguno 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Mucho 5
25	El año pasado, ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?				
26	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?				
27	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?				
28	Durante el año pasado, ¿Qué tanto apoyo social recibió de sus familiares y amigos más cercanos?				
29	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?				
30	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?				
31	Durante el año pasado, ¿Que tan a menudo sus familiares o amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?				
32	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?				
33	¿Qué tan satisfechos estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?				
34	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?				
35	¿Qué tan a menudo sus familiares o amigos más cercanos fueron poco considerados o insensibles con usted?				
36	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron su atención por su forma de ser?				
37	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?				

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las últimas dos semanas

	Muy Poco 1	Un Poco 2	Regular 3	Bastante 4	Mucho 5
38	¿Ha perdido interés en las cosas?				
39	¿Piensa mucho en sus fallas?				
40	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?				
41	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?				
42	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?				
43	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?				
44	¿Qué tan fatigado se ha sentido?				
45	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con la vida?				
46	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estomago?				
47	¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?				
48	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?				
49	¿Se ha sentido cansado?				
50	¿Se ha sentido criticado?				
51	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?				
52	¿Se ha sentido deprimido?				
53	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?				
54	¿Se reprocha a menudo cuando algo le sale mal?				
55	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?				
56	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?				
57	¿Se ha sentido activo?				
58	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?				

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación



«Escala de Apoyo Social Instrumental y Expresivo» (EASIE)
(Lin, Dean y Ensel, 1981)

Presentación: «Le presentamos una lista de problemas que las personas tienen a veces. ¿Podría decirnos con qué frecuencia ha experimentado usted tales problemas en los últimos 6 meses?»

Formato de respuesta:

1. Todo el tiempo.
2. Ocasionalmente.
3. Alguna vez.
4. Rara vez.
5. Nunca.

Muestra de ítems por factores:

Factor 1: Exceso de Responsabilidad/Exigencias.

- Tener demasiadas responsabilidades.
- Tener poco tiempo libre para el ocio.
- Demasiadas exigencias que cumplir.
- No ver bastante a otras personas.
- Demasiado controlado por otros.

Factor 2: Falta de dinero.

- Tener problemas para controlar el dinero.
- No ganar bastante dinero.

Factor 3: Relaciones personales insatisfactorias.

- Insatisfacción con su matrimonio.
- Nadie le muestra afecto y cariño.
- Nadie comprende sus problemas.
- No tener bastantes amigos íntimos.

Factor 4: Falta de compromiso.

- No tener demasiadas responsabilidades.
- Disponer de mucho tiempo libre.

Factor 5: Problemas familiares.

- Tener problemas con los parientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por favor, rodee con un círculo el número que corresponda a la respuesta correcta en cada una de las preguntas.

1. Desde que tiene esta enfermedad, ¿alguna de las siguientes personas le ha ayudado de alguna forma en esta situación? (responda para cada una de estas personas):

	Sí	No
Mi esposo/a	1	2
Mis hijos	1	2
Mis padres	1	2
Mis hermanos/as	1	2
Mis compañeros de trabajo	1	2
Mis amigos	1	2
Mis vecinos	1	2
Mis médicos	1	2
El personal de enfermería	1	2
Otros	1	2

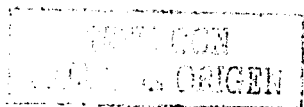
2. ¿En qué medida le ha satisfecho el apoyo recibido de cada una de las personas anteriores? (responda para cada una de estas personas):

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Mi esposo/a					
Mis hijos/as					
Mis padres					
Mis hermanos, as					
Mis compañeros de trabajo					
Mis amigos					
Mis vecinos					
Mis médicos					
El personal de enfermería					
Otros					

3. ¿De qué forma le han ayudado?

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 1. Escuchándole. | 7. Ofreciéndose. |
| 2. Animándole. | 8. Haciendo tareas por usted. |
| 3. Distrayéndole. | 9. Económicamente. |
| 4. Informándole. | 10. Interesándose. |
| 5. Aconsejándole. | 11. Acompañándole. |
| 6. Visitándole. | 12. De otra manera (indicar). |

Mi esposo/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

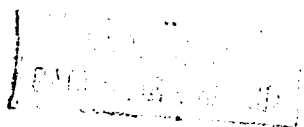


Mis padres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis hermanos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mis médicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
El personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Otros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

TRIPS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

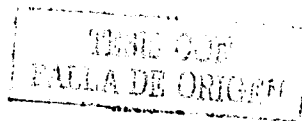
- Alvaradejo, G. (1996). *Estudio Preliminar a la Construcción de una Escala de Calidad de Vida para Pacientes que Sobreviven a Padecimientos Oncológicos*. México, UNAM. Tesis de licenciatura.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Adultas con Retraso Mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Baltazar, N., Rodríguez, C. (1999). *Evaluación de la Calidad de Vida en Ancianos Institucionalizados*. México. UNAM. Facultad de Psicología.
- Becoña, E., Vázquez, F., Oblitas, L. (2000). *Psicología de la Salud: Antecedentes, Desarrollo, Estado Actual y Perspectivas*. En: E. Becoña. Y L. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud. (11-51) México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Blanco J., Rivera, M. A., López, A. O., Rueda, A. F. (1995). *Calidad de Vida y Salud en el Distrito Federal*. México: UAM-X.
- Buceta, J. M. , Bueno, A: M: (1996). *Tratamientos Psicológicos de Hábitos y Enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Buela, C. G., Caballo, V. E., Sierra, J. C. (1996). *Manual de Psicología Aplicada*. Madrid.
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud*. Marcia: Ingramar.
- Brock, D. (1993). *Calidad de Vida, Medidas en Salud, Cuidados y Ética Médica*. Nueva York, Marth.
- Cabrera, M. J. (2001). *Calidad de Vida en Mujeres Obesas y Anoréxicas*. México. UNAM FES Iztacala. Tesis de licenciatura.
- Carrobles, J. A (1993). *La Psicología de la Salud: Un Estado Actual y Perspectivas Futuras*. Granada. AEPC



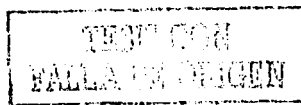
- Davidson, O. (1981). *Medicina Conductual: Cambiando los Estilos de Vida*. Nueva York, Brunel - Mazel.
- Davison, D. M. (1983). *Return to Work After Cardiac Events*. Journal of cardiac rehabilitation, 3, 60-69
- Escalante, I. (2000). *Aspectos Psicosociales de la Calidad de Vida e Indicadores Inmunológicos en Pacientes con VIH-SIDA*. México. UNAM. Facultad de Psicología.
- Fernández, F., Borrego, F. (1992). *Diabetes y Embarazo en Atención Primaria. Clínica Rural*. 373: 25-35.
- Fernández, B. R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Ediciones Pirámides, Madrid.
- Fernández, R. L. (1994). *Manual de Psicología Preventiva*. Siglo XXI, España.
- Figueroa, D. (1985). *Diabetes Mellitus Guía Para su Conocimiento y Control*. España.
- Font, A. (1994). *Cáncer y Calidad de Vida*. Anuario de Psicología. 61 41-50.
- Gálvez, F. (1990). *Rehabilitación, Profetización y Reinserción laboral de los Amputados*. Mapfre. España.
- García, R. (1997). *Un Modelo Multidisciplinario en el estudio del fenómeno urbano, Calidad de vida*. México, Instituto de Investigación Antropológica, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gavin, R. J. (1998). "Report of the expert committee on the diagnosis and of diabetes mellitus". Diabetes Care, 21, 7-15
- Grau, A. J., González, P. U. (1998). *Ética, Calidad de vida y psicología de la salud*. Revista de psicología y salud, 12, 83-96.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

- Goldstein, A., Krasner, L. (1991). *La Psicología Aplicada Moderna*. Madrid, Pirámides.
- González, P. (1997). *La Calidad de Vida en Pacientes VIII – Sida, Seropositivos*. Proyecto de Tesis Doctoral en Psicología. México, UNAM.
- Hernández, Z. (1997). *Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de la tercera edad*. *Psicología Iberoamericana*. 5 (2) 23 – 32.
- Juárez, T. (1997). *Aportaciones de la Psicología a la Medicina en el Estudio de las Enfermedades Crónicas Degenerativas*. México. UNAM. Tesis de Licenciatura Iztacala.
- Latorre, P. J. M. , Beneit, M. P. J. (1992). *Psicología de la Salud*. Lumen, México.
- Legorreta, L.F. (1996), *Intervención en Crisis con Pacientes que han Perdido Algún Miembro del Cuerpo*. México. UNAM. Tesis de Licenciatura Iztacala.
- Lerman, G. I. (1994), *Atención Integral al Paciente Diabético*. México.
- Levi, L. Y Anderson, L. (1980). *La Tensión Psicosocial: Población, Ambiente y Calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Moreno, B. , Ximénez. (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida, Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. México.
- Oblitas, G. , Becoña, I. (2000). *Psicología de la Salud*. México, Plaza y Valdés
- Palomar, L. (1995). *Diseño de Instrumento de Medición sobre Calidad de Vida*. México, UNAM. Tesis de Maestría en Psicología Clínica.
- Phares, J. E. (1996). *Psicología Clínica*. Manual Moderno, México.
- Phares, J. E. (2000). *Psicología Clínica Conceptos Métodos y Práctica*. 2 da edición. Manual Moderno.pags.457-477.



- Pierre, R. (1982). *Calidad de Vida en el Trabajo, Antiestrés y Creatividad*. México, Trillas.
- Ramírez, G. (1998), *Propuesta de un Modelo de la Calidad: Las Apreciaciones Subjetivas Psicossociales de las Amas de Casa*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala.
- Ramírez, M. (1999), *Resumen del Proyecto de Psicología de Salud en México, Comportamiento Relacionado a la Salud, Enfermedad, Papel del Psicólogo*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala.
- Ramírez, G., Cortés, V. y Cedillo, I. (2001). *El Papel de la Psicología de la Salud. Alternativas en Psicología*. VI (7) 14 – 20. México.
- Roales, y Nieto J. G. (1990) *Programas de Educación en Diabetes*. Barcelona, Martinez Roca págs 162-200
- San Martín, H. , Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la Vejez ¿Qué edad tendrá usted cuando cumple 70 años?.* Madrid, Mc Graw Hill – Interamericana de España.
- Schor, I. , Senderey, S. (1996). *Vivir como Diabético*. Calcius, Argentina.
- Schwebel (2001), R. R. *La Mayoría de los Diabéticos en México no se Cuidan*. www.uic.edu/depts/bioe/faculty/tejal_desai/CML%20lab/ref_lab.htm.
- Secchi, J. (1996). *Reflexiones sobre Calidad de Vida, en el Paciente con SIDA*. Actualizaciones en SIDA. 4 (12) 86-91
- Setién, M. (1993). *Indicadores Sociales de Calidad de Vida: Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. España, Siglo XXI.
- Simonson, C. D. (1995). "Control de las Dislipidemias y la Hipertensión en la Diabetes". *Atención Médica*, 13, 61-69.
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. Madrid.



-Sirgo, A., Díaz, O., García, G., Guevara, M., López, C., López, L., Alja, L. y Pérez, M. (2000). *Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Pulmón*. Revista Electrónica de psicología. 3 (3). Disponible en www.psicologia.com.

-Sumay, A. (1996). *Calidad de Vida y Calidad Debida (o deseada)*. Actualizaciones en SIDA. 4 (12) 91-96

-Vega, C. M. (2002). *Psicología de la Salud, Hábitos Positivos Para Conservar un Estado Saludable*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala.

- Weir, C. G. (1995). "Futuro del Tratamiento de la Diabetes". Atención Médica, 13,15-28.

- Zárate, T., (1989). *Diabetes Mellitus. Bases Para su Tratamiento*. Trillas, México, D. F.

http://www.diabetesonline.com.ar/estv/art_003.htm

http://www.diabetesaldia.com/todo_sobre_la_diabetes/que_es_la_diabetes.htm

(<http://www.acpap.org/faqpad/faqpad-diabetes.htm>)

(<http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>).

<http://www.nhcoa.org/diabetes3.htm>

(<http://www.cica.es/aliens/samfyc/boca.htm>):

