



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CLAUDIA PILAR FLORES RUBI**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
MTRO. ULISES DELGADO SÁNCHEZ
LIC. ÁNGELA MARÍA HERMOSILLO GARCÍA
LIC. JOSÉ ANTONIO SALAS LÓPEZ**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



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.

Con amor y Cariño a la memoria de mi madre
"GUADALUPE MARICELA RUBÍ HERNÁNDEZ"
por todo su apoyo brindado y por todo el amor que me
tuvo

Aunque estés muy lejos de mí, siempre rezaré por tí,
porque eres mi luz, mi paz, mi ángel terrenal...

Quiero agradecerte lo que ahora soy...
Gracias por darme la vida... por tu amor, por las caricias,
por el dolor, por las sonrisas, por el sufrimiento, por los
regaños y por el aliento...

Gracias por enseñarme a crecer, a través del sufrimiento,
curándome las heridas y consolándome en mis lamentos...

Gracias por el ejemplo de la honradez, del entusiasmo y la calidez, por los regaños y desacuerdos, por las verdades y descontentos...

Gracias por enseñarme a dar de íntensa forma y nada esperar, por los consejos y las caídas, por enseñarme como es la vida...

Gracias por estar a mi lado en el momento justo y el más anhelado, cuando necesite sentir tus besos y tus abrazos y escuchar un te quiero y escuchar un te amo pero sobre todo gracias por ser la mejor de las madres...

Estoy orgullosa de ser tu hija.....

Con todo mi cariño por su apoyo incondicional y por sus palabras de aliento cada día de mi vida a mi padre

"MARTÍN FLORES ZEPEDA"

un hombre excepcional como ningún otro

Gracias padre porque desde el principio de mi existencia me ayudaste, me ayudaste al participar en mi existencia...

Gracias por todos los regaños que me hicieron la persona que soy...

Gracias porque atrás de mis errores y tristezas siempre estuviste con los brazos abiertos para consolarme...

Gracias porque en mis grandes triunfos también estuviste para disfrutar conmigo las grandes felicidades...

*Gracias por todos los hermosos recuerdos de mi infancia,
padre gracias porque gracias a tí llegue hacer el gran ser
humano que eres tú, te amo desde el día en que empecé a
latir en mi madre y aun no te conocía...*

*Gracias porque la mano que me detuvo cuando bebé para
que no cayera era la tuya, y hasta hoy, sí soy el ser
humano que deseabas y eso lo soy gracias a tí, pero sobre
todo gracias por ser como eres, el mejor de los padres...*

Estoy muy orgullosa de ser tu hija.....

*Como un testimonio de la gratitud ilimitada, a mi hija, a
mi eterna bebé PAULINA porque su presencia ha sido y
será siempre el motivo más grande que me impulse para
lograr metas futuras*

*Hija mía, sé que tu vida no será una escalera de cristal
pero recuerda que nuestro amor y el lazo que nos une, es
tan hermoso, puro y transparente como el cristal y a la
vez fuerte y duradero como el acero*

*Eres la luz que ilumina mi vida
Eres el gran comienzo de una nueva historia
Eres un regalo enviado por Dios
Eres la misión que me ha sido encomendada
Eres y siempre serás el tesoro más valioso que la vida me
regaló*

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por
haber sido un eje y legado de enseñanza en mi
conocimiento profesional*

*A la Comisión Dictaminadora por el apoyo y conocimiento
brindado para la elaboración de este trabajo*

Ulises Delgado Sánchez
Ángela María Hermosillo García
y
José Antonio Salas López

*A mi tía Margarita por su apoyo, tiempo y enseñanza
durante mi vida académica*

*A Martha por su apoyo incondicional y por sus frases de
aliento*

*A mis amigas por su apoyo y amistad a lo largo de la
carrera*

*“El buen maestro hace
que el mal estudiante
se convierta en bueno
y el buen estudiante
en superior” Maruja Torres*

*“El objeto más noble que puede
ocupar el hombre es ilustrar
a sus semejantes” Simón Bolívar*

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1	
1. Panorama general de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual.....	7
1.1. Promoción de la Psicología de la Salud.....	21
Capítulo 2	
2. Enfermedades crónicas degenerativas.....	23
Capítulo 3	
3. La diabetes mellitus como enfermedad crónica.....	30
3.1. Diabetes mellitus tipo I.....	34
3.2. Diabetes mellitus tipo II.....	36
3.2.1. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II.....	37
3.2.1.1. Pie diabético.....	37
3.2.1.2. Pie diabético no herido.....	38
3.2.1.3. Pie diabético neuropático.....	38
3.2.1.4. Pie diabético arteriopático o isquémico.....	39
3.2.1.5. Coma diabético.....	39
3.2.2. Variables de estudio de la diabetes mellitus.....	40
Capítulo 4	
4. Atribuciones que se dan a la diabetes.....	43
4.1. Estilo de vida en los diabéticos.....	46
4.2. Calidad de vida en los diabéticos.....	49
Capítulo 5	
5. El paradigma de la adherencia terapéutica.....	55
5.1. Problemas metodológicos que enfrenta la adherencia terapéutica.....	60
5.2. Factores propiciantes para la no adherencia.....	62
5.2.1. Factores relacionados con la enfermedad.....	64
5.2.2. Factores relacionados con el tratamiento.....	65
5.2.3. Factores cognitivos.....	66
5.2.4. Factores emocionales.....	71
5.2.5. Factores conductuales.....	71
5.2.6. Factores familiares.....	76
5.2.7. Factores socio-culturales.....	78
5.2.8. Factores que involucran la relación personal clínico-paciente.....	78
5.2.9. Factores organizacionales.....	79
5.2.10. Factores personales.....	79

Capítulo 6	
6. Papel del psicólogo.....	81
6.1. Técnicas que emplea el psicólogo con los diabéticos.....	86
6.2. Niveles de prevención.....	88
a) Nivel primario	
b) Nivel secundario	
c) Nivel terciario	
d) Nivel cuaternario	
6.3. Instrumento utilizado para la atención de la diabetes mellitus tipo II.....	89
Capítulo 7	
7. Modelos terapéuticos utilizados para la adherencia al tratamiento.....	96
7.1 Modelo Operante.....	97
7.2 Modelo Conductual.....	97
7.3 Modelo Cognitivo Conductual.....	104
7.3.1 Modelo de Creencias de Salud y Modelo de la Teoría de la Acción Razonada.....	108
7.4. Análisis de los modelos.....	114
Conclusiones.....	128
Referencias.....	132
Anexos	
1. Glosario de términos médicos	
2. Estadísticas de las enfermedades crónico degenerativas	

RESUMEN

El presente trabajo aborda la temática de la enfermedad crónica degenerativa de la diabetes mellitus tipo II, que se presenta generalmente en las personas adultas. Particularmente la importancia del trabajo recae en el análisis de dos modelos que se trabajan dentro de la Psicología de la Salud como son: el modelo Conductual y el modelo Cognitivo Conductual, con el propósito de demostrar qué modelo es el más propicio así como las técnicas empleadas para que la población diabética se adhiera a las prescripciones médicas, ya que desde años atrás hasta la actualidad la mayoría de las personas diabéticas no siguen las sugerencias del personal médico, debido a que no entienden las indicaciones, su status económico es bajo, por el tipo de creencias que tienen con respecto a la enfermedad o por un sin fin de motivos, lo cual conlleva a que el índice de personas diabéticas en lugar de disminuir aumente en un futuro no muy lejano.

Palabras claves: diabetes mellitus tipo II, modelo conductual, modelo cognitivo-conductual y adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El campo de la Psicología de la Salud en México a través de los años ha tenido una serie de transformaciones en cuanto a su definición, la población a que se dirige y el perfil del profesional que la ejerce, debido a que años atrás a la psicología en general no se le daba la importancia que ahora tiene. A pesar de esto, el campo de la Psicología de la Salud surgió gracias a las investigaciones sanitarias y a las enfermedades crónico degenerativas, que afectan cada vez más a la población joven, de mediana edad y edad adulta.

En la actualidad, debido a la variación en factores orgánicos, ambientales, sociales y el estilo de vida de cada persona, los psicólogos se han visto en la necesidad de ampliar las áreas de ejercicio profesional, ya que como se mencionó anteriormente eran ignoradas. A las ciencias humanas y sociales no se les reconocía su función y aportación, y ahora se les demandan soluciones para problemas que escapan del modelo biomédico tradicional que ha venido perdurando por muchos años, pero también el cual no ha podido con las nuevas enfermedades, es por ello que también los médicos han necesitado la ayuda tanto de psicólogos como de las áreas sociales para el tratamiento y prevención de algunas enfermedades, sobre todo, en aquellas de carácter crónico degenerativo (Simón, 2000).

Adicionalmente para Bazo, García, Maiztegui & Martínez (1999), han señalado que conforme aumenta la edad, incrementan también las personas con enfermedades crónicas, aproximadamente el 51% está entre los 60 y 64 años y casi el 71% de las personas mayores se encuentra en el rango de 85 años. Por eso los servicios de salud se deben adecuar a las necesidades de la población, prestando mayor atención al perfil epidemiológico de los adultos que se encuentran propensos de padecer una enfermedad crónica.

En México para 1935-1940 los padecimientos infecto-contagiosos ocupaban los primeros lugares en las causas de muerte de la población en general, esta tendencia ha cambiado, disminuyendo la mortalidad por este tipo de padecimientos, siendo ahora mayormente asociada con problemas de salud de larga duración, es decir, hay un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, pero un considerable aumento de las enfermedades crónicas (Barquín, 1999).

Como se mencionó antes, el estilo y la calidad de vida de las personas modifican las condiciones que favorecen la obtención de una buena salud, es decir, hacen referencia al concepto “etéreo”, el cual menciona que las condiciones de vida tienen un impacto general sobre la estructura de la población y, particularmente, sobre la “expectativa de vida” que tenga cada persona. Por ejemplo, algunas personas como promedio viven más años, en algunos este índice es hasta de 75 años e incluso más. Pero cuando en una población hay muchas personas de edad avanzada, sin duda alguna existirán de manera más frecuente las enfermedades crónico degenerativas que tienden a aparecer en estas edades, debido a que son enfermedades que no causan la muerte desde el mismo momento en que se diagnostican, sino que acompañan la vida de las personas imponiéndoles, en algún momento de su vida, algún grado de limitación para la realización de sus actividades cotidianas que exigen, a su vez, mayor atención y cuidados, causan que su expectativa de vida sea más bajo en promedio hasta los 50 años.

Es por eso que el interés principal de la Psicología de la Salud es garantizar mejores condiciones de vida en personas que sí tienen interés de tener mejor calidad y estilo de vida o en personas que ya padecen una enfermedad crónica, y no quieren tener un desarrollo crítico e irreversible. Estadísticamente existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas como principales causas de muerte, las que se encuentran en los primeros lugares son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, neuropatías, tumores malignos, artritis, enfermedades cerebro-vasculares y demencias (Barquín, 1999). Por ello, los psicólogos clínicos que están inmersos dentro del ámbito de la salud han venido intentando el alivio de los individuos que demandan su ayuda, a través de los conocimientos psicológicos, aunque también hay que ver los ecosistemas en los que el individuo está inmerso: el ambiente físico y social, en el que los individuos se mueven determinando en gran parte, no sólo sus comportamientos adaptativos concretos, sino los sistemas generales de adaptación. Si un individuo se comporta respondiendo al medio o entorno manipulando o modificando éste, es porque intenta adaptarse (Mas, 1991).

En la actualidad, el papel de la Psicología de la Salud se caracteriza por la búsqueda de una integración entre los conocimientos de la ciencia psicológica y sus extensiones al ámbito de la salud, como la comprensión de los fenómenos del estrés y sus asociaciones con la

enfermedad, es decir, la Psicología de la Salud al ver que la calidad de vida de las personas no es la más óptima, por las enfermedades crónicas, ha tratado de dar prevención a la población o, de manera particular, ayuda a la población que ya tiene la enfermedad. Esto lo ha conseguido a través de la creación de modelos terapéuticos como son: el modelo operante, el modelo conductual y el modelo cognitivo-conductual (modelo de creencias de salud y teoría de la acción razonada) que, a su vez, son los que determinan qué factores son los que hacen posible o imposible la adherencia de los pacientes crónicos a las prescripciones médicas, debido a que la adherencia a los tratamientos ha sido y será el papel más importante para el control o desarrollo de las enfermedades crónicas, ya que la adherencia tiene un bajo porcentaje debido a que las personas no siguen una dieta balanceada y su calidad y estilo de vida es de tipo sedentario, una justificación para el estudio de las enfermedades crónicas por parte del Sector Salud se debe a que a pesar de la abundante información que existe sobre este tipo de padecimientos, existen pocas afirmaciones claras sobre las causas y el tratamiento de los problemas de adherencia a las prescripciones médicas, así como a la escasez de protocolos y propuestas de intervención.

Por ello, los psicólogos de la salud deben partir de la interpretación de la realidad en que las enfermedades crónicas en la actualidad cambian el bienestar físico de las personas, conociendo dentro del contexto los problemas de salud más frecuentes así como sus determinantes. Aunque en algunas de las ocasiones existan situaciones en que las condiciones económicas y sociales sean negativas, ya que puede modificarse el comportamiento de cada persona haciendo que esta misma evolucione hacia el desarrollo de conductas pertinentes para obtener el mejor nivel de salud dentro de un ambiente estable. Para llevar a cabo esto, el psicólogo tendrá que elaborar programas conjuntos con otros profesionales de la salud para generar cambios sobre el ambiente, así como a la contribución de cambios en el comportamiento de las personas.

Es previsible que estas tendencias se acentúen en el futuro, por lo que los servicios de salud tendrán que dedicar atención a las enfermedades crónico degenerativas, las cuales son de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, asociados a periodos de hospitalización prolongados y que requieren de la participación más activa de la población en cuanto al cambio de costumbres y hábitos

(Partida, 2002; Zúñiga, 2004). Además se requieren programas de prevención de tipo primario, secundario, terciario y cuaternario pues la salud de cada persona es inherente a su bienestar general, ya que si no puede evitar o retroceder la enfermedad, sí podrá aprender a vivir con ella de una manera más funcional evitando complicaciones (Fernández & García, 1999).

De acuerdo a lo mencionado, podemos decir que la Psicología de la Salud surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica, su motor impulsor no ha estado en la teoría sino más bien en los cambios que se han establecido en el estado de salud de la población, particularmente, en las enfermedades y en las prioridades de los servicios de salud que, a su vez, varían por la situación de cada país, así como del porcentaje de la población a tratar con alguna enfermedad de tipo crónico.

Los esfuerzos de los psicólogos van encaminados a adaptar y adecuar las experiencias y aportes que proceden de diversas áreas de la psicología a nuevos requerimientos, lo que a su vez ha permitido en la actualidad el aprovechamiento de viejas modalidades como son la Psicología Clínica Tradicional, la Psicología Médica, la Psicología Comunitaria así como de la Medicina Conductual e, incluso, de otros campos como la Epidemiología, la Educación para la Salud Tradicional o la Investigación de Servicios de Salud.

Con base a lo mencionado sobre la importancia del trabajo que desempeña la Psicología de la Salud referente a las enfermedades crónicas, así como de los diversos procedimientos que tiene que realizar para mantener los índices de estas enfermedades en control y que no vayan en aumento, particularmente en la adherencia de las personas al tratamiento médico, el objetivo principal de este trabajo es analizar el modelo Conductual y modelo Cognitivo-Conductual que se emplean sobre la adherencia al tratamiento en diabéticos tipo II, con el propósito de identificar cuál es el modelo más propicio.

Para lo cual, en el primer capítulo se abordará el panorama general de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, enfatizando la relación entre ambas así como la promoción de la Psicología de la Salud. En el capítulo dos se describe la importancia que

han venido teniendo las enfermedades crónicas degenerativas, resaltando las de mayor importancia. En el capítulo tres se abordará la diabetes mellitus tipo II, así como sus características y sus variables de estudio. En el capítulo cuatro se describen las atribuciones que se le dan a la diabetes mellitus y la relación existente con lo psicológico, además de tratar la temática de la calidad y el estilo de vida de los diabéticos. En el capítulo cinco se trata el tema de la adherencia terapéutica, los problemas metodológicos que pueda tener y los factores propiciantes. En el capítulo seis se resaltarán la importancia que juega el psicólogo con los pacientes diabéticos, sus técnicas, los niveles de prevención que emplea, así como la descripción detallada de un instrumento para el tratamiento de los pacientes diabéticos y, por último, el capítulo siete se basará en los modelos terapéuticos que se utilizan actualmente para la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo II, enfatizando el modelo conductual y cognitivo-conductual con su respectivo análisis.

CAPÍTULO I

I. PANORAMA GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA MEDICINA CONDUCTUAL

En años recientes la Psicología de la Salud ha sido enfocada con frecuencia para describir ciertas formas de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos. Es el campo dentro de la psicología que comprende la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso mediante el cual se llega y cómo responde la persona cuando está enferma (Castañeda, 1996).

También se ha caracterizado como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, que se vuelve de importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Seligson y Reynoso, 2000). También vigila o está al pendiente de la salud de una población, observando comportamientos saludables y de riesgo tratando de prevenir el daño o enfermedad en personas sanas, promoviendo acciones saludables a largo plazo (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997). Siendo que los cambios conductuales son importantes para la prevención de enfermedades crónicas. Las conductas preventivas son acciones para cuidar, mantener o incrementar la salud (Vázquez, Fernández y Álvarez, 1998). Por ello, el objetivo de este capítulo es ofrecer un panorama amplio acerca de qué es la Psicología de la Salud y la relación que tiene con la Medicina Conductual en cuanto al perfil de la enfermedad de las personas.

La psicología de la salud es conceptualizada como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (Matarazzo, 1980; en Simón, 2000, p. 766).

El campo de la psicología de la salud se desglosa en cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención a la salud.

- **Biología humana:** son los hechos relacionados con la salud física y mental, que se manifiestan en el organismo incluyendo herencia genética, procesos de maduración y envejecimiento así como el aparato nervioso, digestivo, esquelético, muscular, cardiovascular y endocrino.
- **Medio ambiente:** son aquellos factores que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona no tiene control alguno, por ejemplo: los individuos no pueden garantizar la pureza de los alimentos o el que no haya contaminación del aire.
- **Estilo de vida:** son las decisiones que toma el individuo con relación a su salud y sobre las cuales puede ejercer control, aunque las malas decisiones que puede tomar llevan a riesgos perjudiciales sobre la salud, trayendo como consecuencia la enfermedad o la muerte.
- **Organización de la atención a la salud:** se refiere a la cantidad, calidad, orden, índole y las relaciones entre las personas y los recursos que tiene que ver con la atención de la salud (Lalonde, 1999).

Además, la Psicología de la Salud se basa en 4 suposiciones, las cuales se definen de la siguiente manera:

- Determinados comportamientos que incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, ó sea, la conducta es un factor de riesgo.
- La modificación de comportamientos determinados reducen la probabilidad de riesgo en ciertos procesos de la salud.
- El comportamiento se puede cambiar.
- Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo-utilidad-eficacia (Reig, Rodríguez y Mira, 1987; en Castañeda, 1996).

El desarrollo de la psicología de la salud tuvo su auge en 1973, cuando el Gabinete de Asuntos Científicos de la Asociación Psicológica Americana (APA) convocó a un grupo de estudios para analizar el potencial del papel de la psicología en la investigación sanitaria. Tres años más tarde se dio a conocer que no había suficientes psicólogos en la investigación sanitaria y que las investigaciones que estaban dirigidas por éstos en el área de la salud a menudo no eran comunicadas en las publicaciones de la psicología, por ello se introdujeron más psicólogos a la investigación sanitaria para mejorar la salud y prevenir la enfermedad, centrándose la Sección de Investigación Sanitaria dentro de la División de Psicólogos del Servicio Público de la APA.

En el año 78 se creó la división 38 con el nombre de Psicología de la Salud, en el año de 1984 en España se celebró el 1er Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, estableciendo 5 áreas de trabajo y dentro de ellas la “Psicología Aplicada de la Salud”, las razones que impulsaron el surgimiento de esta Psicología fue el cambio espectacular de las causas de mortalidad, de interés sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades debido al aumento de los gastos sanitarios y la consolidación de la psicología como profesión, así como la eficacia de los tratamientos psicológicos. Cuatro años más tarde en 1982, la *Revista Health Psychology* comenzó a publicarse como revista oficial de la División 38 (Brannon & Feist, 2001).

La psicología de la salud tiene como estrategia de investigación los modelos de génesis de la enfermedad y de mantenimiento de la salud, su intervención hace referencia a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Salido y Noriega, 2002). Comprende los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica, además establece recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente (Simón, Seligson y Reynoso, 2000). Se interesa en la génesis de los problemas de forma central ya que uno de sus objetivos es la prevención. Las condiciones del ecosistema determinan en gran medida el comportamiento adaptativo del sujeto (Lalonde, 1999).

En general con base a estos legados sobre la disciplina de la Psicología de la Salud, puede decirse, que se preocupa del análisis de los comportamientos y los estilos de vida de cada persona que afectan a la salud física, teniendo como función principal la mejoría de la salud, identificar los factores de riesgo y mejorar el sistema sanitario, además diagnostica y trata las enfermedades crónicas que puedan surgir, así como modificar factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Como disciplinas relacionadas con la Psicología de la Salud está la *Psicología Médica*, la cual es un área de aplicación de procedimientos de intervención clínica con personas que padecen alguna enfermedad, proponiendo el desarrollo de conocimientos que permiten comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma como puede ser sus creencias acerca de la salud, además es un área interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina. La Psicología Médica ha sido definida de un modo bastante esquemático como “la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina” (Delay y Pichot, 1969; en Morales, 1997, p. 42) o como la “disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica, la aplicación de la psicología a la medicina” (Bustamante, 1969; en Morales, 1997, p. 43). También hay otra definición de una mayor amplitud, la cual considera a la psicología médica “como la ciencia práctica que abarca cuantos problemas y cuestiones psicológicas son de importancia para la comprensión y el tratamiento racional de los enfermos, así como para conseguir el bienestar psicofísico y psíquico de la humanidad” (Ardid, 1981; en Morales, 1997, p. 43).

Los comienzos de la Psicología Médica fueron en Europa a principios de siglo como reacción frente a la excesiva atención que se prestaba en esa época a la descripción de síntomas, síndromes y entidades sonológicas que tenían como eje los órganos y aparatos. Mientras se desarrollaba la técnica y se acumulaban observaciones y datos muy valiosos, el hombre como unidad que protagoniza y padece la enfermedad no aparecía en esas valoraciones, no era el objeto de la medicina y surgen entonces las preocupaciones humanistas, influidas por el pensamiento antropológico de la época y también en parte por

el interés que ya se suscitaba en los trabajos de Sigmund Freud, que introducían una revalorización del papel de la psiquis en la enfermedad y en el enfermo.

El principal interés de la Psicología Médica se basa en la situación de la enfermedad, en los concomitantes psicológicos de la condición de enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes, así como la virtud de tener como objeto de trabajo a las personas con padecimientos del cuerpo, representando con ello un paso más, si se le compara con la Psicología Clínica y su interés central en la enfermedad “mental” (Morales, 1997).

Otra de las disciplinas relacionadas con la Psicología de la Salud es la *Medicina Psicosomática*, la cual hizo énfasis en la importancia del papel que juegan los factores mentales y la personalidad, como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales en la génesis de las enfermedades, así como en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender los trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997). Esta teoría está basada en el psicoanálisis y en sus presupuestos acerca del papel que podían jugar en el desarrollo de las enfermedades y la represión. Las enfermedades que fueron estudiadas dentro de esta corriente fueron la hipertensión, la artritis reumatoide, la úlcera péptica, la colitis ulcerativa, la migraña, algunas enfermedades de la piel como la psoriasis y el liquen plano, la alergia, la diabetes y el asma. Generalmente los representantes de la Medicina Psicosomática no utilizaban el método experimental, si no basaban sus aceveraciones en observaciones clínicas.

La Medicina Conductual es otra disciplina que se caracteriza como un campo interdisciplinario que estudia el desarrollo y la integración de ciencias del comportamiento y biomédicas, la cual tiene como línea de desarrollo el trabajo e investigación sobre los problemas de adherencia. Este tipo de Medicina comenzó como la continuidad del modelo de la psicología médica, teniendo como papel importante los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades y buscando los medios para su

tratamiento. En su base se encuentra el análisis experimental de la conducta y su auge fue en Estados Unidos hacia la década de los años 60.

Fue hasta el siglo XVI donde la medicina se inició precientíficamente con personajes como Harvey, Vasaluis y Leonardo da Vinci. Adquiriendo un sustento a pesar de encontrarse dividida entre barberos (fungían como dentistas), oficiales de salud (ingresaban a los apestados a las instituciones de reclusión), los médicos y los brujos. En el siglo XIX la clínica reafirmó su superioridad a los antiguos practicantes de la medicina que ya se mencionaron, quedando al frente el ámbito terapéutico y el médico, el cual ha sido desde entonces el eje de la salud. Al mismo tiempo, la medicina y la psicología tuvieron un sustento científico teniendo como personajes de la psicología por sus estudios médicos a Weber, Fechner, Helholtz, Wundt, Breuer y Freud (Seligson y Reynoso, 2000).

A lo largo del siglo XX el modelo biomédico ha permitido a la medicina controlar muchas enfermedades que han surgido a través del tiempo, este modelo ha formado parte de la medicina aunque también existe un modelo alternativo que defiende un enfoque holístico en relación con la medicina teniendo en cuenta aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos y algunas veces espirituales de la salud. Profesionales como médicos, psicólogos y sociólogos han coincidido en decir que el modelo biomédico ha hecho muchos progresos en el tratamiento de la enfermedad (Brannon & Feist, 2001).

La psicología clínica y la médica, cuando relucieron en el ámbito hospitalario en busca de las causas de las enfermedades y de las políticas de promoción de salud, sufrieron una metamorfosis que trajo consigo una nueva psicología aplicada que fue la psicología de la salud. Siendo el reflejo de los avances teóricos de la medicina y la psicología del siglo XX y el resultado de una forma de pensar en la salud, considerando la dimensión psicosocial para enfrentar el proceso salud-enfermedad (Grau ,1992; en Abalo y Pérez, 1998).

Los representantes de la Medicina Conductual la definen como “un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad” Miller, (1983; en Morales, 1997, p. 46). Otra definición de

Schwartz y Weiss (1978; en Morales, 1997, p. 46) describe que la Medicina Conductual es “el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. Bryan y cols. (1978; en Reynoso y Seligson, 2005, p. 12), por su parte definen a la Medicina Conductual “como el estudio de las reacciones psicofisiológicas que ocurren de manera secundaria o como resultado de la enfermedad física y su tratamiento”. Pormelau y Brady (1979; en Reynoso y Seligson, 2005), sugirieron que por Medicina Conductual se debería entender: a) el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta, que se enmarcan bajo los rubros genéricos de terapia y modificación de la conducta y, b) una tendencia hacia el quehacer de investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de los comportamientos asociados a cualesquiera desórdenes médicos.

Del análisis de estas definiciones se puede derivar que la Medicina Conductual supone:

- Un área de integración de las ciencias biomédicas y la psicología experimental. Puesto que aplica, de estos conocimientos, técnicas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.
- Las técnicas de intervención que se utilizan en la Medicina Conductual no difieren de las que se utilizan en la modificación de conducta, en los objetivos más tradicionales de su campo de acción (relajación progresiva, técnicas de biofeedback, refuerzo positivo, reestructuración cognitiva y contratos conductuales) (Schwartz y Weiss, 1978; en Morales, 1997).

El término de Medicina Conductual fue utilizado inicialmente por Birk (1973; en Reynoso y Seligson, 2005) para indicar el uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desórdenes médicos como la epilepsia, dolor de cabeza y migraña, con la finalidad de intervenir desde la perspectiva conductual. La Medicina Conductual surgió de manera formal en la Conferencia de la Universidad de Yale en (1977) tomando la idea de integración entre pensamiento y

tecnología se definió como “un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos; así como la validación de estos programas en problemas de salud” (Schwartz y Weiss, 1977-1978; en Reynoso y Seligson, 2005, p. 12).

En el *Journal of consulting and clinical Psychology* se señala que los tópicos más frecuentes de la Medicina Conductual son: a) terapias del fumar, b) obesidad, c) hipertensión arterial, d) cefaleas, e) insomnio, f) dolor crónico, g) asma, h) síndrome de Raynaud, i) tipo A conductual, j) programas para conseguir el cumplimiento de las prescripciones médicas en los tratamientos a largo plazo, k) trastornos gastrointestinales, l) dimensiones psicológicas de la artritis, m) factores psicológicos de la diabetes, ñ) cáncer, o) alergias, p) dismenorrea, q) sida y r) trastornos cardiovasculares. Y es así como el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer de manera rápida, formándose el *Journal of Behavioral Medicine*, la cual era una revista que fomentaba la investigación interdisciplinaria, estableciéndose además la Academia de Investigación en Medicina conductual.

A pesar de la amplitud de los temas que aborda la Medicina Conductual, los objetivos perseguidos por los programas terapéuticos de intervención engloban:

- ❑ Implantar habilidades de enfrentamiento al stress.
- ❑ Alterar y modificar hábitos de comportamiento nocivos.
- ❑ Implantar hábitos de comportamiento saludables.
- ❑ Hacer que se cumplan las instrucciones y prescripciones médicas.
- ❑ Desarrollar habilidades de autocontrol de determinadas funciones vitales.

Por otro lado, Agras (1982; en Reynoso y Seligson, 2005) señaló 4 factores que pueden ayudar a comprender el rápido crecimiento de la Medicina Conductual: como primer punto, el antecedente de que la Medicina Psicosomática había generado un cuerpo de

investigación que vinculaba los factores psicológicos a un número determinado de enfermedades. Segundo, el campo de la terapia de la conducta y el del análisis conductual aplicado habían generado un número de procedimientos de tratamiento, psicológica y conductualmente orientados para una variedad de trastornos físicos. Tercero, los estudios epidemiológicos habían identificado un número de factores que incrementan el riesgo asociado con ciertas enfermedades. Cuarto, principalmente como una consecuencia del rápido aumento de los costos en el tratamiento de las enfermedades, se produjo el aumento en el interés por la prevención en general y, en particular, en los factores psicológicos y sociológicos dentro del trabajo de prevención.

La Medicina Conductual es una aproximación científica diferente dentro del campo de la relación salud-enfermedad, puesto que conduce a implementar actividades de investigación interdisciplinaria, establece un vínculo entre el estudio de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y conductuales, por lo cual se debe enfatizar que lo principal de la Medicina Conductual consiste en la integración del conocimiento empírico que emana de los esfuerzos de la investigación interdisciplinaria, es decir, la Medicina Conductual surgió como un paradigma para la intervención y aplicación de programas clínicos como para la investigación empírica, puesto que la investigación biomédica y conductual se han desarrollado de manera independiente y desde la perspectiva de la medicina no se ha podido explicar el porqué algunas personas se mantienen sanas mientras otras se enferman, ya que la medicina sólo se enmarca al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, y no hacia los factores conductuales como son los estilos de vida, calidad de vida y manejo de estrés.

Es por eso, que con lo anteriormente mencionado existió el gran interés por el desarrollo de investigaciones en el área de la salud desde hace aproximadamente 40 años, permitiendo con ello el desarrollo de la epidemiología conductual.

La epidemiología “es el estudio de la distribución de una enfermedad o condición en una población y los factores que influyen esta distribución; además es un término que se aplica no sólo a las enfermedades transmisibles, sino también a las que no lo son. También

se refiere al estudio de la etiología de la enfermedad y muerte en humanos” (Macmahon y Pugh, 1970; en Reynoso y Seligson, 2005, p. 13). Resumiendo con ello que el estudio epidemiológico se interesa por los determinantes conductuales de la salud y sus objetivos son:

- a) Identificar factores conductuales potenciales que influyen las condiciones de salud.
- b) Formular hipótesis y probarlas.

Todo ello con el fin de evidenciar los cambios en la conducta, que a su vez, producen cambios tanto en la morbilidad y en la mortalidad. La Medicina Conductual es denominada como un área que se deriva de la terapia conductual, puesto que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta.

El campo de trabajo que desempeña el psicólogo dentro de la Medicina Conductual siempre será de carácter multidisciplinario, ya que no puede dejar de lado a los demás profesionistas, puesto que sin la ayuda de éstos no podría efectuarse el cambio de conductas sobre las personas. Al principio la Medicina Conductual se basaba en el tratamiento de pacientes, pero en la actualidad debido a la demanda social por el padecimiento en gran porcentaje de enfermedades crónicas, se ha dado a la tarea de que sus investigaciones actúen sobre la prevención y mantenimiento de la salud, ya que la prevención de la enfermedad a través de los cambios conductuales y medioambientales son un mejor medio para el control de las enfermedades. Por esta razón es que el trabajo del psicólogo se ha expandido cada vez más sobre el sector salud, ya que las personas al no tener una calidad de vida saludable como el sobrepeso, llevar una vida sedentaria, tabaquismo, consumo de alcohol en exceso y estrés se hacen más propensos a contraer las enfermedades crónicas, es donde el psicólogo pone en práctica las modificaciones conductuales sobre estos malos hábitos, favoreciendo y propiciando en las personas un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida, ya que los médicos por si solos no reeditúan sobre los pacientes los beneficios necesarios (Reynoso y Seligson, 2005).

Algunas críticas que se le han hecho a la Medicina Conductual según Epstein (1992; en Morales, 1997), señala que siendo un campo multidisciplinario requiere que se le aborde con nivel de formación y experiencia tanto en ciencias de la conducta como en ciencias biomédicas, pero ese nivel de experiencia necesario está mal definido y depende del nivel de análisis y característica del problema, dando lugar a diversas dificultades, debido a que los investigadores con formación conductual requieren cierto grado de conocimiento del área biomédica o que los de formación biomédica requieren de formación en ciencias de la conducta, de la que muchas de las veces unos y otros carecen o no se logra la cooperación adecuada. Kaplan (1990; en Morales, 1997) considera que la Medicina Conductual está enfocada hacia los mecanismos biológicos más que a los conductuales. Además un problema de los planteamientos de la Medicina Conductual es la incapacidad para observar en el análisis experimental de la conducta como ejemplar metodológico, sus múltiples limitaciones, sobre todo, cuando ha estado asociado a una serie de modelos explicativos sobre el comportamiento.

En el campo de la Medicina Conductual no se presenta una definición sobre salud, la que habría sido necesaria para la formulación de las bases de su práctica y su desarrollo tecnológico. Y por último, quizás la mayor limitación de la Medicina Conductual es la ausencia de un modelo psicológico de salud que permita analizar, describir y explicar por qué y bajo qué circunstancias una persona puede enfermar o no.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la Medicina Conductual expresa un reconocimiento según Carrobbles (1984; en Morales, 1997), de que los problemas de la salud son multifactoriales y no exclusivos de un enfoque o un profesional determinado, sino patrimonio de variados enfoques y profesionales, que abre a su vez el campo a la biomedicina y a la práctica de los profesionales médicos, dejando fuera el espacio de los problemas de la salud que se manifiestan como “trastornos mentales”.

Además debe considerarse que en la Medicina Conductual su mayor énfasis sigue siendo en relación con las manifestaciones de la enfermedad y menor con la promoción de la salud y

la limitación de los riesgos para el desarrollo de procesos patológicos, ya sea en el ambiente social o en las personas.

Por último, otra disciplina que tiene relación con la Psicología de la Salud se basa en el *Modelo bio-psico-social* y en el *Modelo Cognitivo Conductual*, ya que ambos tratan el comportamiento humano difiriendo solamente en sus objetivos específicos y en las estrategias de investigación. Los psicólogos clínicos mediante el Modelo Cognitivo-Conductual han intentado explicar y modificar el comportamiento no saludable de aquellos individuos que pedían ayuda psicológica. Es por ello que la Psicología de la Salud es considerada una actividad clínica derivada de la terapia conductual, que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta. El Modelo bio-psico-social surge porque no es posible explicar todos los comportamientos del individuo desde un modelo centrado en el organismo, perfilándose en los siguientes planteamientos:

- 1.- La psicología plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, incluyendo las cogniciones (pensamientos e imágenes); respuestas fisiológicas o biológicas que no se pueden observar directamente y la conducta manifiesta u observable, entendiéndose como comportamiento, es decir, lo que el sujeto hace y puede ser observado por otros.
- 2.- Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano, las cuales son las mismas para la salud y para la enfermedad.
- 3.- El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que resultan inadecuadas a corto o largo plazo.
- 4.- Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan la ayuda a través de los conocimientos psicológicos.
- 5.- Los ecosistemas en los que se encuentra el organismo, el ambiente físico y social en el que el individuo se desenvuelve determina, en gran parte, los comportamientos adaptativos concretos y los sistemas generales de adaptación.
- 6.- La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema en función de los recursos biológicos y psicológicos que posee, así como las exigencias del propio ecosistema.

7.- El sujeto se comporta respondiendo al medio o ecosistema a través de la manipulación y modificación del medio. El autocontrol que pueda tener la persona determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo.

8.- El comportamiento del sujeto es el conjunto de actuaciones dentro de un medio o ecosistema en cuanto a sus dimensiones.

9.- Los comportamientos saludables se refieren cuando las personas tienen prevención en los cuidados de la salud y los comportamientos no saludables (enfermos), a corto plazo son improbables en el repertorio de respuestas del individuo y sus probabilidades en función del tiempo entre respuesta y daño.

10.- La salud es el resultado del proceso de adaptación general del sujeto, la enfermedad se presenta en forma de queja por su incapacidad para adaptarse a los nuevos cambios en el ecosistema.

Por ello, los aspectos biológicos y psicológicos se contemplan en este modelo, ya que los aspectos fisiológicos, motores y cognitivos se toman en cuenta en la perspectiva psicológica que lo forma, es decir, si se modifica el ecosistema del sujeto con la intervención clínica es el resultado de la conducta o de los cambios producidos por la misma (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997).

Un punto importante dentro de la prevención de la salud es la calidad de vida de las personas, que se remonta desde el Renacimiento cuando fue el comienzo de modificar el orden natural divino, organizar la sociedad, los hábitos de vida, mientras que los utopistas Tomás Moro y Tomás Campanella concibieron que una sociedad era ideal si la vida diaria protegiera la salud, la felicidad y la armonía entre los ciudadanos (Quintero y Gonzáles; en Abalo y Pérez, 1998). (Véase Cuadro 1 y Figura 1).

	Objeto	Modelo	Énfasis	Sujetos
PSICOLOGÍA CLÍNICA	Trastornos psicopatológicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos Físicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud	Conductual y psicométrico	Promoción y prevención	Comunidad

Cuadro 1. Comparaciones entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud

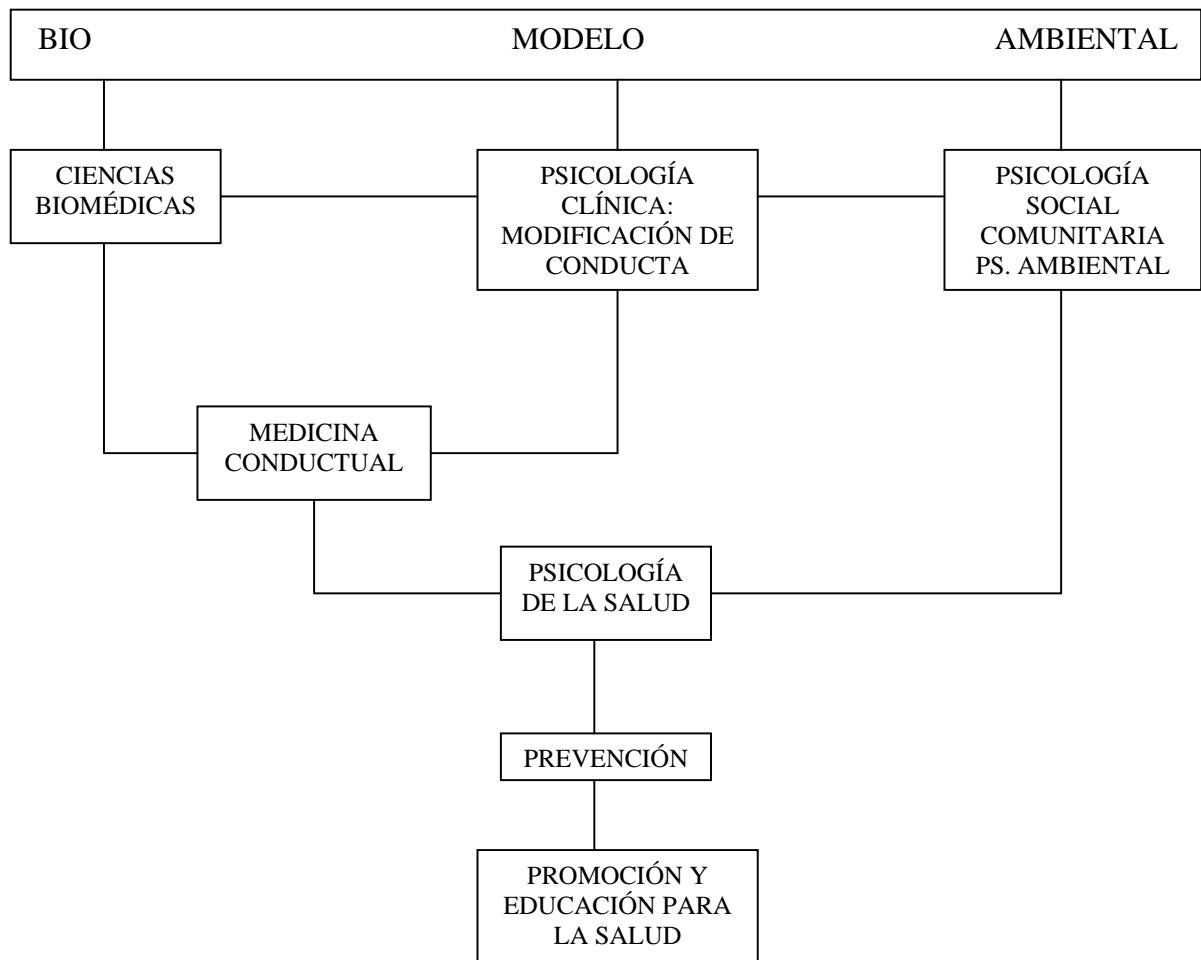


Figura 1. Significación y contenidos de la definición de psicología de la salud. En dichos modelos se muestra la relación entre la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud.

En relación a todos los modelos anteriormente explicados, se pudo ver que la psicología de la salud incluye conocimientos procedentes de las ciencias biomédicas, la psicología clínica y la medicina conductual. Además, la psicología ha tenido varias transformaciones en cuanto a su campo de aplicación y la forma en que trata a las enfermedades de las personas, haciendo con ello no una competencia para la medicina tradicional sino más bien hace uso de ella con la ayuda de factores psicológicos para tratar las enfermedades, aunque muchos médicos no llegan a ver esta relación pensando, que sólo ellos tienen la capacidad de tratar las enfermedades de las personas siendo que la realidad es otra, ya que si así fuera el sector salud no tendría trabajando a los psicólogos con pacientes de enfermedades crónicas, por lo que hay que tomar en cuenta que el médico sólo ve a la enfermedad de la persona en forma fisiológica y no de forma conductual o tomando en cuenta las conductas que realiza la persona como paciente. Por eso, tanto el psicólogo como el médico deben trabajar en conjunto para el éxito de los pacientes con enfermedades crónicas.

1.1. Promoción de la psicología de la salud

La promoción de la salud es el proceso de capacitación de la comunidad con la finalidad de mejorar su calidad de vida y salud, incluyendo una participación mayor en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad según Werner, Pelicioni y Chiatonne (2003). Por lo cual la promoción de la salud está inmersa en:

- Desarrollar habilidades personales.
- Estimular diálogo entre saberes distintos.
- Crear condiciones para que tomen conciencia y se capaciten para reconocer y expresar sus necesidades de salud.
- Crear condiciones para que las personas analicen su realidad e identifiquen aquellos factores determinantes de sus condiciones de salud.
- Estimular la participación en los procesos que interfieren y modifican los determinantes de salud.

- Proveer instrumentos para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana.
- Controlar y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito colectivo-comunitario.

En la solución que se le han venido dando a los problemas de salud se distinguen varias dimensiones, como es la dimensión global-específica, en la que el polo global de la dimensión se refiere a programas generales de promoción de la salud en los que se instruye en higiene, auto cuidado, afrontamiento, etc. El polo específico es la prevención de un problema o enfermedad concreta.

La dimensión individuo ecosistema es donde el polo individuo se refiere a programa de prevención a individuos o pequeños grupos indicados como de alto riesgo. El polo ecosistema es el programa dirigido al ecosistema más lejano y general en el que está inmerso el individuo (mensajes políticos o campañas publicitarias) (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997).

CAPÍTULO 2

2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

Las enfermedades crónico degenerativas son en la actualidad la principal causa de mortalidad en los países industrializados. Antes estas enfermedades no existían, debido a que cronológicamente la esperanza de vida era muy baja y la gente se moría antes de enfermarse. Por otro lado, la vida tan acelerada que ahora se lleva en las ciudades, la contaminación ambiental que antes no existía y la comida enlatada o envasada que está muy de moda en estos tiempos, han traído como consecuencia la aparición de estos padecimientos, lo cual significa que estas enfermedades avancen progresivamente hasta que terminen con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas (Nevarez, 2006). Es por ello que la intención de este capítulo es definir las enfermedades crónicas, sus características y los efectos que provocan en la población en general de manera personal y social.

Las enfermedades crónico degenerativas se ubican en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad tanto en consulta externa como en hospitalización, tienen un aumento progresivo en pacientes en edad productiva (costo de incapacidades y disminución de la productividad), tienen factores de riesgo conductuales que pueden ser modificables y previsible, se deteriora la calidad de vida y por último las instituciones de salud sólo cuentan con estrategias educativas y de orientación, sin tomar en cuenta aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales de los que se ha denominado conducta enfermedad. El aumento de las enfermedades crónicas ha contribuido al incremento del costo de la sanidad, el cual ha aumentado en los últimos 25 años. Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que las personas adultas son más propensas a presentar enfermedades crónico degenerativas de acuerdo a los datos del Hospital 10 de Octubre, el cual menciona que las causantes de mayor morbilidad son las enfermedades crónicas (Véase anexo 2).

Las enfermedades de carácter crónico se presentan con mayor frecuencia en personas de mediana edad y personas ancianas, pero según datos del Hospital antes mencionado el sexo femenino es más propenso a contraerlas (Véase anexo 2). La humanidad misma es aquella que se hace víctima de su propia capacidad para crear modos de vida que dañan y

perjudican la salud y el estilo de vida. A esto se debe el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas. Éstas están presentando un reto para la sociedad, para los sistemas de provisión de cuidados, servicios de bienestar social, familias y comunidades ya que no es sólo un problema social de salud que debe tratarse, sino también representan una faceta dolorosa y desconcertante en la condición humana, en donde una vez ya adquirida la enfermedad crónica lo más recomendable es seguir los tratamientos más adecuados. El régimen alimentario y la nutrición representan la mayor carga para la salud pública, ya sea por el costo directo para la sociedad y el gobierno o por su impacto en años de vida ajustados en función de la discapacidad. La carga de enfermedades crónicas tiene serias repercusiones en la calidad de vida de los individuos afectados, es causa de muertes prematuras y tiene impacto económico importante y subestimado en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

El nivel de educación está relacionado con los comportamientos que incrementan los riesgos para la salud como el consumo del tabaco, dieta rica en grasas y una vida sedentaria, es decir, cuanto mayor sea el nivel de educación menor es la tendencia de tener carencias en el cuidado de la salud y decremento en enfermedades crónicas (Brannon & Feist, 2001). Para Jennings (en Abalo y Pérez, 1998, p. 85) la enfermedad crónica es “un estado que perdura por un periodo de tiempo importante o que tiene secuelas que debilitan por un largo tiempo. Aunque también puede definirse como un estado que interfiere con el funcionamiento diario durante más de tres meses al año, que causa hospitalización durante 30 días o más al año o que puede causar cualquiera de dichos efectos”. Velasco & Sinibaldi (2001) definen las enfermedades crónicas como padecimientos cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causan un continuo deterioro físico, mental o ambos, en el individuo que lo padece, limitando su actividad, reduciendo su calidad de vida y llevándolo incluso a la muerte. Por su parte, Piédrola (1991) las define como aquellos padecimientos permanentes o de larga duración (con periodos de remisión y recaídas) producidos por factores complejos, en los que interviene una multicausalidad, donde un mismo factor (físicos, químicos, psíquicos, comportamentales, sociales y genéticos) produce varias enfermedades. Éstas tienen la necesidad de supervisión, observación y cuidados constantes, además de tratamientos especiales para su rehabilitación, los cuales según Shuman (1999)

tienen una eficacia limitada, contribuyen, a veces al, malestar físico y psicológico de las personas y de sus familias, como complemento Poveda (2000) menciona que estas enfermedades producen incapacidad residual, generando en el paciente sentimientos de pérdida y depresión, siendo prevenibles a nivel primario con el cambio de determinados factores y a nivel secundario mediante su detección precoz.

El desarrollo de las enfermedades crónico degenerativas generó desorientación en la medicina, ya que las causas de éstas se buscaron en lo hereditario (Castañeda, 1996), y fue entonces cuando comenzó a valorarse más la dependencia de la salud y el bienestar del ser humano, condiciones de vida y de la sociedad, así como el enfoque de la salud y la atención médica, las ciencias sociales y la concepción de calidad de vida del hombre moderno.

Las enfermedades crónicas están aumentando rápidamente en todo el mundo, se ha calculado que en el 2001 causaron un 60% del total de 56,5 millones de defunciones en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad, previéndose que aumentarán en un 57% para el 2020. Sólo el 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producira en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registrará en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Algunas enfermedades crónicas comunes son el cáncer, artritis, epilepsia, sinusitis crónica, diabetes, fibrosis quística, síndrome de Alzheimer, arteriosclerosis, efisema, osteoporosis, esclerosis, parkinson, hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y asma bronquial, pero sólo la mitad del total de muertes son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes porque afectan a una gran parte de la población y aparecen en etapas más tempranas de la vida.

En lo que respecta a la diabetes, se estima un 70% de defunciones en los países en desarrollo y el número de personas en el mundo se multiplicará por más de 2,5 y pasará de 84 millones en 1995 a 228 millones en el 2025, es por ello que la rapidez de estos cambios junto con la creciente carga de morbilidad está creando una importante amenaza para la salud pública, exigiendo asimismo medidas inmediatas y eficaces (OMS, 2003) (Véase anexo 2).

Las enfermedades crónicas son en gran medida prevenibles puesto que se relacionan con la dieta y la salud, además el tratamiento médico se considera como el enfoque de salud pública de la prevención primaria, como la acción más económica asequible y sostenible para hacer frente a las enfermedades crónicas. La edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables pero sí aminorados, influyendo factores conductuales (régimen alimenticio, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol), factores biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y factores sociales (socioeconómico y cultural). Casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente en personas de menos de 70 años y una cuarta parte se dan en personas de menos de 60 años.

La tipología psicosocial de la enfermedad crónica que realiza Rolland (2000) se describe en 5 apartados que sustentan lo siguiente:

- ❖ **Comienzo:** Hace referencia a la manera en que los síntomas se presentan por primera vez, subjetivamente ante el paciente y objetivamente ante los demás que puede ser de forma aguda o gradual. Cuando los cambios ocurren de manera súbita se exige una respuesta más rápida ante la crisis.

- ❖ **Curso:** Es la manera en que se desarrolla la enfermedad que puede ser progresiva, constante o recurrente. Una enfermedad progresiva es continua y se agrava con el tiempo, al igual que la discapacidad que ésta conlleva. Cuando una enfermedad adopta este curso se deberá preparar al paciente para una adaptación y cambio de roles permanentes, cuyo ritmo dependerá de la rapidez del progreso de la enfermedad, pues sus demandas serán constantemente cambiantes así como las respuestas a éstas. Una enfermedad de curso constante tiene un suceso inicial seguido de un periodo de recuperación y una fase crónica que se caracteriza por la posterior estabilización de la condición biológica, generalmente con algún déficit bien definido o limitaciones funcionales residuales (amputación o dificultad del habla) pueden existir recaídas pero generalmente la condición de la persona es estable. Y por último, cuando las enfermedades son de curso recurrente o episódico

se caracterizan por su alternancia de periodos de estabilidad con bajo nivel o ausencia de síntomas, con periodos de crisis o agravamiento, lo cual aumenta la incertidumbre y la dificultad de adaptación (asma, migrañas y esclerosis múltiple).

- ❖ **Desenlace:** Es la consumación de la enfermedad ya sea de índole mortal o no, mediante la cual se disminuye la expectativa de vida o aumenta la probabilidad de muerte súbita. La diferencia entre estos dos tipos de desenlace consiste en percepción subjetiva de la pérdida anticipada y los efectos que ello conlleve.

- ❖ **Tipo y grado de incapacidad:** Puede ser grave, moderada, leve o no existir. Los tipos de incapacidad, así como el grado y curso de ésta, implicarán diferencias en los ajustes de su vida.

- ❖ **Grado de incertidumbre:** Este dependerá del tipo de comienzo, curso y desenlace de la enfermedad. Las enfermedades pueden ser imprevisibles en cuanto a la índole de su comienzo, curso, desenlace o incapacidad o pueden variar en cuanto al ritmo al que se producen los cambios.

Algunos aspectos más sobre las enfermedades crónicas hacen referencia a que desde hace muchos años se sabe que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de las enfermedades crónicas, y es así como a mediados del siglo XX el mundo ha sufrido grandes cambios que han transformado el régimen alimenticio, primero en las regiones industriales y posteriormente en los países en desarrollo, por ejemplo las dietas tradicionales estaban basadas gran parte en alimentos de origen vegetal y han sido reemplazadas por dietas con un alto contenido de grasa, muy energéticos y constituidos principalmente por alimentos de origen animal. Sin embargo, la oferta de alimentos suficientes, inocuos y variados prevendrían la mala nutrición y, a su vez, reducirían el riesgo de sufrir enfermedades crónicas.

Por otro lado, se encuentra la inactividad física que es el resultado de un cambio progresivo hacia modos de vida más sedentarios, tanto en países en desarrollo como en los industrializados. La epidemia mundial de obesidad y las enfermedades que tienen que ver

con la ésta (cardiopatías, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y diabetes) no sólo se da en los países industrializados, puesto que durante los últimos 20 años ha existido un aumento alarmante en la prevalencia del sobrepeso en países en desarrollo como la India, México, Nigeria y Túnez, indicando la inactividad física un problema de cuidado.

La Conferencia Internacional sobre nutrición (1992; en Abalo y Pérez, 1998) identificó la necesidad de prevenir y controlar los crecientes problemas de salud pública que representan las enfermedades crónicas, promoviendo dietas apropiadas y modos de vida sanos. La necesidad de la prevención de las enfermedades crónicas fue también reconocida por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998 y nuevamente en 1999, pero durante el 2000 adoptó una nueva resolución sobre las bases generales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y en el 2002 elaboró una estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud enfocada a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, basada en pruebas científicas.

Pero el avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, como son la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, la creencia de que se trata mucho en lograr un impacto cuantificable, las presiones comerciales, la inercia institucional y la insuficiencia de los recursos.

En general, toda persona que padece alguna enfermedad crónica se ve amenazada en su integridad, generando incertidumbre, modificando los hábitos y costumbres, interfiriendo en la vida normal, con dolor e incapacidad funcional fomentando la dependencia de otros, causando estigmas, miedos, mal entendidos, pérdida de amistades, aislamiento, lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo, transforman la autoidentidad y autoestima, poniendo a los profesionales que atienden a estos pacientes ante complicados problemas éticos de privacidad, confidencialidad y autonomía. Además las enfermedades crónicas dificultan el crecimiento económico y reducen el potencial de desarrollo de los países, aplicándose esto en especial a los países de rápido crecimiento económico, en lo que respecta a la familia y al individuo genera un considerable gasto financiero que puede hundir en la pobreza (Abalo y Pérez, 1998). Por ello la meta mundial de la OMS (2007), es

reducir las tasas de mortalidad para todas las enfermedades crónicas en un 2% anual adicional respecto a las tendencias actuales durante los próximos 10 años, la prevención de 36 millones de defunciones por enfermedades crónicas de aquí al año 2015.

Es por ello, que a las enfermedades crónicas degenerativas debemos de tomarlas muy en consideración para nuestra salud, ya que desde siempre han existido pero no de manera tan notable, por los estilos de vida que se tenían antes y los que tenemos actualmente. La alimentación de antes era más de tipo vegetal, sin grasas y la de hoy en día más que nada es rica en grasas, acompañada de la inactividad física de las personas, ocasionando el desarrollo más temprano de las enfermedades crónicas como pueden ser la diabetes y la hipertensión. Además, también debemos tomar en cuenta que el desgaste de tener una enfermedad crónica no sólo perjudica al individuo como tal y a su familia, sino también al sector salud debido a que los hospitales no dejan de tener pacientes crónicos haciendo con ello un gasto mayor de tipo sanitario. En este sentido toda persona que sea propensa a padecer una enfermedad crónica deberá realizarse revisiones frecuentes sobre su estado de salud.

CAPÍTULO 3

3. LA DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD CRÓNICA

Como se mencionó en el capítulo anterior, una de las enfermedades crónicas de mayor auge en la población adulta es la de la diabetes mellitus tipo II, que constituye a la vez un problema de salud pública desde la década de los 70's, que afecta a todas las clases sociales sobre todo a la de bajos recursos económicos, siendo reportado por la Encuesta Nacional de Salud en el 2000 realizada por la Secretaría de Salud de México, ubicando a la diabetes en un 10.9% para los diferentes Estados de la República. También se considera como una de las diez primeras causas de muerte, su prevalencia va en aumento hasta tal punto que se le considera una enfermedad epidémica y se constituye, además, como una de las patologías crónicas que más ha aumentado en los últimos años en las sociedades occidentales. La diabetes mellitus tipo II puede ser asintomática durante muchos años por lo que muchos pacientes ya presentan complicaciones en el momento del diagnóstico y este hecho justifica de alguna forma la detección precoz que debe hacerse por parte de las personas ante la enfermedad.

La OMS ha establecido el cálculo del impacto o peso de las enfermedades a través del índice DALY, que se refiere a la pérdida de la calidad de vida así como a la pérdida de años de vida (un DALY es equivalente a un año perdido de vida saludable).

Desde el punto de vista psicosocial, el padecer la diabetes mellitus tipo II afecta a la población en dos formas: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios, además de aumentar el uso de los servicios de salud y asistencia. Es por eso, que el propósito de este capítulo es describir qué es la diabetes mellitus, los diferentes tipos de diabetes así como las características de los mismos y sus variables de estudio.

Como primer punto, hace más de 2000 años se describió, por primera vez la diabetes mellitus. La primera de estas dos palabras quiere decir *sifón*, lo que ilustra el exceso de orina que se elimina cuando la diabetes no está controlada. En cuanto al segundo término en latín quiere decir *miel*, pues la orina tiene sabor dulce, precisamente por la cantidad de azúcar que va en ella (Lerman, 1994).

En general, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por deficiencia de insulina, que da como resultado acumulaciones anormales de grasa y deficiencias dentro del metabolismo de las proteínas y los carbohidratos. Ello lleva a un estado catabólico, donde hay una degradación metabólica importante que afecta a cada órgano del cuerpo y por ende su funcionamiento, así pues, la ausencia de insulina afecta las funciones normales del organismo además de ocasionar que los tejidos se degraden, es por lo cual la enfermedad debe detectarse a tiempo y corregirse con un adecuado tratamiento por parte del médico (Colinas, 1999).

Cuando existe la falta de la glucosa, las células del cuerpo metabolizan las proteínas teniendo como resultado la liberación de grandes cantidades de aminoácidos, convirtiéndose algunos de ellos en urea para el hígado y se excretan teniendo un balance negativo de nitrógeno. La glucosa circula a través de la sangre para alimentar a cada célula del cuerpo, además estimula las células Beta del páncreas para liberar insulina, posteriormente la insulina llega a cada célula y actúa como una llave en sus receptores con el fin de abrir sus puertas y dejar a la glucosa entrar. Si no hay insulina o los receptores de las células no funcionan, la glucosa no puede penetrar en las células y la persona sufrirá los estragos de los nutrientes (Véase Figura 2). La glucosa es el combustible primario para todos los tejidos del cuerpo. El cerebro utiliza un 25% de la glucosa del cuerpo, teniendo como objetivo el funcionamiento adecuado del cerebro manteniendo un nivel de glucosa en la sangre de 60 a 120 mg/dl para prevenir una falta de suministro al sistema nervioso (Islas y Lifshitz, 1993).

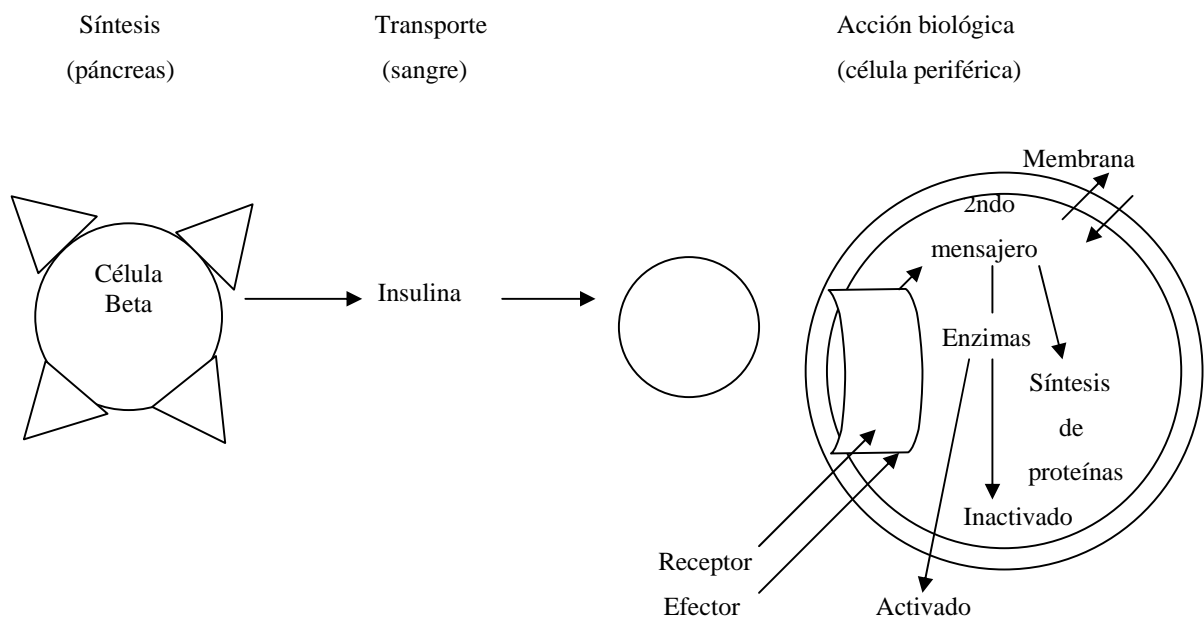


Figura 2. La insulina se sintetiza en las células Beta del páncreas y se secreta a la circulación por estímulos definidos.

Las células Beta del páncreas controlan el nivel de la glucosa sirviendo para los cambios del nivel de la glucosa en sangre, después se segrega la insulina necesaria para regular la captación de carbohidratos y mantener los niveles de glucosa dentro de un margen. Cuando las células Beta están afectadas y sólo permanecen en buen estado entre un 10% y un 20% los síntomas de la diabetes aparecen. Cuando la insulina se acopla en los receptores de insulina de las células, la glucosa puede penetrar a través de sus membranas y utilizarse.

La insulina es una hormona que produce el propio organismo, que se encarga de facilitar la entrada y utilización de los azúcares en las células del organismo para que sean aprovechadas como energía para desarrollar sus funciones, dependiendo del tipo de célula de que se trate. También regula los niveles de glucosa en la sangre, controlando la velocidad a la que la glucosa se consume en las células del músculo, tejido graso e hígado. El tratamiento con insulina revierte el estado catabólico creado por la ausencia de insulina,

cuando el cuerpo recibe insulina los niveles de glucosa en sangre comienzan a caer de forma que las grasas dejan de proveer combustible cesando la producción de cuerpos cetónicos, los niveles de bicarbonato sódico en sangre y el PH suben y el potasio se desplaza intracelularmente a medida que el anabolismo comienza. O sea, se trata de la interacción de la insulina y otras hormonas con los procesos celulares de las células del músculo, tejido graso e hígado, por ejemplo en la grasa, la función primaria de la célula del tejido adiposo es almacenar energía en forma de grasa, además de que estas células tienen enzimas que convierten a la glucosa en triglicéridos y después éstos en ácidos grasos que son liberados y convertidos en cuerpos cetónicos, según el hígado los va necesitando.

La conversión de glucosa a triglicéridos como la ruptura de los mismos a ácidos grasos son regulados por la insulina, además de que también la insulina inhibe la lipasa, enzima que descompone la grasa almacenada en glicerol y ácidos grasos.

En lo que respecta al músculo, el metabolismo de la insulina hace que éste tenga dos funciones primarias, como son el convertir la glucosa en la energía que necesita el músculo para funcionar y servir como un depósito de proteína y glucógeno. En el hígado el glucógeno es otra forma de almacenamiento de la glucosa, convirtiendo los aminoácidos en glucosa si es necesario, pero también hay que tomar en consideración que aunque la insulina no sea necesaria para el transporte de la glucosa al hígado, sí afecta la capacidad del hígado en cuanto a la captación de la glucosa al reducir el valor de glucogenólisis, aumentando así la síntesis de glucógeno y disminuyendo la gluconeogénesis (Colinas, 1999) (Véase Figura 3). Existen dos tipos principales de diabetes, la de tipo I (insulinodependiente) y la de tipo II (no insulinodependiente).

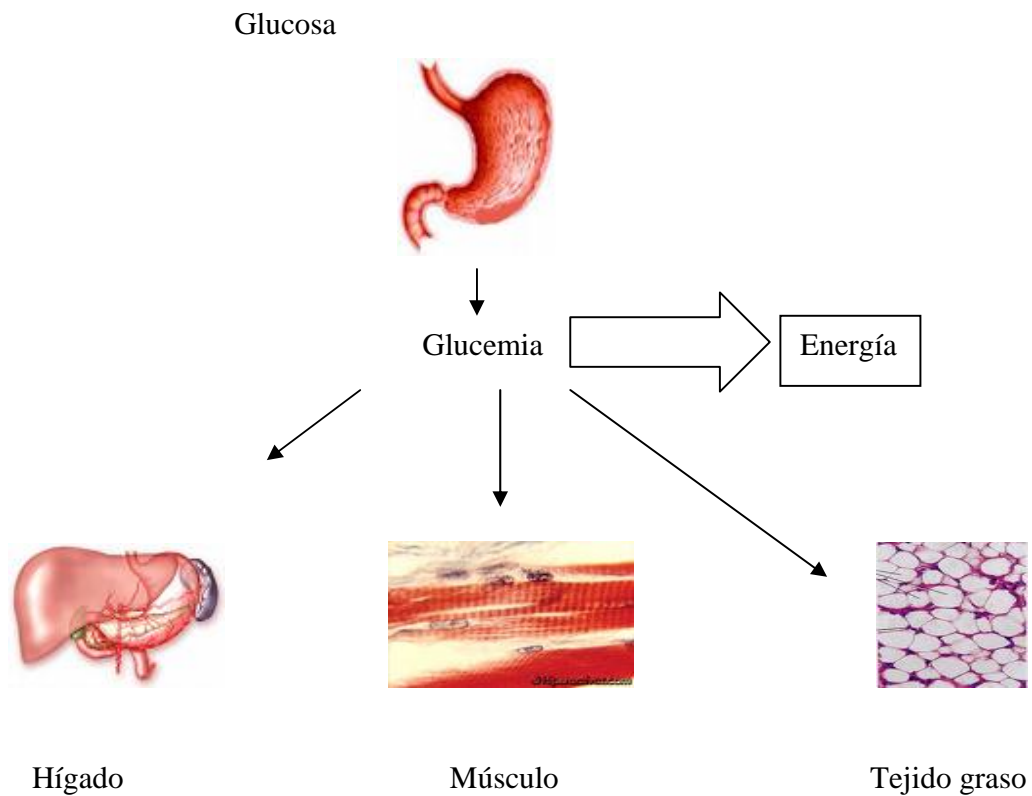


Figura 3. La glucosa sanguínea es la principal fuente de energía y se almacena esencialmente en los tejidos como se señala en la figura.

3.1. Diabetes Mellitus tipo I

Este tipo de diabetes comienza durante la infancia y trae como consecuencia que el cuerpo no produzca insulina. Debido a eso estas personas deben inyectarse insulina para poder vivir, puesto que el páncreas no produce insulina y la glucosa no penetra en las células del cuerpo, éstas no pueden utilizarse, por ello es necesario que se lleve una alimentación rigurosa, la cual dependerá de la edad del paciente, por ejemplo, en las personas que sufren diabetes desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, es recomendable no consumir dulces, pero se debe asegurar que el ingreso calórico total sea suficiente y la dieta nutricionalmente adecuada. En el caso de 5 a 10 años se debe promover una tendencia gradual a consumir

porciones alimentarias determinadas y hacer ajustes del ingreso calórico total, por lo menos cada medio año para satisfacer el crecimiento y desarrollo y el aumento de la actividad física. En el rango que va de los 10 a los 18 años, se necesita de un ajuste calórico continuo durante más tiempo. Cuando esta enfermedad es diagnosticada durante la infancia, el control y la responsabilidad recae en los padres, sin embargo, el manejo de la diabetes durante los años de la adolescencia es notoriamente difícil, ya que durante esta etapa se está en búsqueda de la identidad y valores existiendo un conflicto entre los propios y los manejados por los padres, compañeros y maestros. Como parte de esta búsqueda hay una rebeldía ante la autoridad tratando de conseguir con ello una independencia y el establecimiento de un yo estructurado.

Durante esta etapa también hay un cambio en la jerarquía de las personas más importantes que se consideren para el desarrollo y la adaptación a la sociedad, ya que ahora se busca la aceptación de los compañeros y los padres pasan a un segundo término. Además se manifiestan dos principales conflictos: uno es entre lo que se siente y lo que se quiere tener, el otro entre lo que se es y lo que se quiere ser.

Por tanto, la adolescencia es una etapa crítica para la gente joven y si a esto se le suma el padecimiento de alguna enfermedad crónica, puede causar mayores estragos en el desarrollo psicológico y social que en el ámbito biológico. Tal y como lo señala MCArney (1985; en Velarde y Ávila, 2001), el desarrollo psicosocial puede constituir un verdadero desafío para el adolescente afectado por una enfermedad crónica. La interferencia en el crecimiento y el desarrollo pueden ocasionar trastornos de conducta, dependencia, aislamiento social, depresión y problemas en el apego al tratamiento. En algunos casos, las consecuencias pueden llegar a ser más graves que la enfermedad misma y están relacionadas, principalmente, con el logro de tareas específicas del adolescente.

Al hablar del logro de las tareas específicas del adolescente en enfermedades crónicas se toca un punto fundamental para una buena calidad de vida, y un claro ejemplo es el caso de la diabetes, que sólo puede ser controlada, ya que ésta, aparte de ser crónica degenerativa, implica el deterioro paulatino del organismo, que puede ser contrarrestado con una adherencia terapéutica. La complejidad y cronicidad del tratamiento, sumado a los cambios

biopsicosociales que ocurren durante la adolescencia probablemente sobrepasen las competencias del adolescente para responder adecuadamente al tratamiento. Diversos estudios internacionales reportan que 50% de los adolescentes, con una enfermedad crónica, no se adhieren completamente a su tratamiento.

3.2. Diabetes Mellitus tipo II

En lo que respecta la diabetes mellitus tipo II, se da particularmente en los adultos y se caracteriza por 3 datos clínicos: poliuria (necesidad de orinar de manera profusa) y se debe al incremento de las cantidades de azúcar, polidipsia (sed exagerada y tomar demasiada agua) se presenta por la osmolaridad de la sangre y la polifagia (tener hambre y comer en exceso), que es provocada por el disparo de los receptores del hambre, en este tipo de diabetes el cuerpo sí produce insulina pero no produce la suficiente o no se aprovecha la que se produce. Los receptores de insulina de las células del cuerpo no funcionan, la insulina no puede acoplarse a ellos y la glucosa no puede penetrar en las células del cuerpo y utilizarse. Caracterizándose clínicamente por obesidad, hipertensión arterial, baja carencia a la cetosis y una mayor tendencia a la hiperosmolaridad no cetósica.

La dieta adecuada para este tipo de personas debe incluir carbohidratos (40 a 55% del total de calorías), proteínas (20 a 25% del total de calorías), grasas (no más de 30 % del total de calorías, divididas en: saturadas, monosaturadas y poliinsaturadas) y colesterol (no más de 300 mg al día, en condiciones ideales), pero estas últimas no en grandes cantidades. Puesto que la dieta de estas personas tiene como objetivo obtener y mantener el peso ideal del paciente proporcionando el aporte calórico apropiado de acuerdo a la edad. También el ejercicio es recomendable para incrementar la sensibilidad a la insulina y mejorar el control de la glucemia y los lípidos, además el ejercicio intenso mejora la presión arterial, favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardíaco; dándole a la persona una sensación de bienestar, entre los ejercicios recomendados para las personas diabéticas están el baile, la bicicleta, la caminata, gimnasia y natación (Islas y Lifshitz, 1993).

Las personas con alto riesgo de padecer la diabetes son aquellos que tienen antecedentes de diabetes en familiares (abuelos, padres y hermanos), personas con obesidad, mayores de 45

años, con hipertensión arterial, mujeres que han tenido hijos con un peso mayor de 4 Kg. y con problemas de colesterol (Colinas, 1999).

Algunas de las consecuencias son cambios metabólicos en el cristalino del ojo que alteran la refracción y promueven la formación de cataratas, teniendo mayor propensión a padecer glaucoma, neuropatía óptica, alteraciones en las pupilas y paresia en nervios craneales. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de pérdida moderada de la visión que puede llegar a una ceguera irreversible, se divide en retinopatía diabética no proliferativa y en retinopatía diabética proliferativa, la primera produce pérdida moderada de la visión en forma permanente, mientras que la segunda se da un desprendimiento traccional de la retina, una neovascularización en el iris o en el ángulo de la cámara anterior que produce el glaucoma neovascular (Lerman, 1994).

3.2.1. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II

Como se ha venido mostrando la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que, a su vez, posee varias complicaciones de manera fisiológica, principalmente en lo que respecta a la zona de los pies, los cuales son los más vulnerables a presentar los síntomas de la diabetes una vez que ésta ya se ha agravado. A continuación se describirán los diferentes tipos de complicaciones que se presentan en los pies de los enfermos.

3.2.1.1. Pie diabético

Es otra consecuencia de padecer diabetes, pero este padecimiento surge cuando ésta ha tenido ya un largo periodo de trascendencia. “El pie diabético es un proceso infeccioso, isquémico o ambos en los tejidos que conforman el pie, y que abarcan desde la pequeña lesión cutánea hasta la gangrena extensa con pérdida de la extremidad que conllevan a repercusiones socioeconómicas serias que convierten a esta entidad en un verdadero problema de salud” (Islas y Lifshitz 1993, p. 189).

Esta enfermedad se clasifica en:

3.2.1.2. Pie diabético no herido

Se produce por cualquier herida por pequeña que sea, puede ser ocasionada por un golpe, una ampolla; un corte de uñas mal hecho trayendo como consecuencia la entrada de microorganismos invadiendo el tejido, diseminándolos rápidamente como respuesta a la disminución o incapacidad inmunológica por ser portadores de diabetes. En general, el pie diabético no tiene alteraciones arteriales obstructivas, ni isquemias, la fisiopatología de estas lesiones se provocan por alteraciones neurológicas en los nervios periféricos y es por lo cual las lesiones son infecciosas, ocurriendo una desbridación (Colinas, 1999).

Presentando algún tipo de síntoma o signo de enfermedad neuropática o vascular en los pies, pero que aún no presenta ninguna úlcera ni lesión infecciosa y la piel está íntegra, este tipo de pie es llamado también pie del diabético en riesgo o pie del diabético grado 0. Las lesiones en este tipo de pie son las lesiones que responden a la mala función de los nervios periféricos y lesiones que responden a alteraciones vasculares, la oclusión arterial (pie del diabético neuropático y el pie del diabético arteriopático o isquémico). Los medicamentos de las personas diabéticas deberán seleccionarse en función del tipo de diabetes que padecen, función renal y la actividad física de la persona (Islas y Lifshitz, 1993).

3.2.1.3. Pie diabético neuropático

Se tienen alteraciones en la función de la insulina o ausencia de la misma, ya que el nervio periférico tiene como única fuente de energía la utilización de la glucosa y al existir insulina deficiente o ausencia de ella, deja de funcionar en forma adecuada, trayendo como consecuencia la neuropatía diabética, además de que los nervios periféricos tienen 3 funciones importantes que son la función sensitiva, motora y autonómica.

Algunos de sus signos son: resequedad, callosidades, pies deformados, uñas deformadas, manchas pardas y reflejos disminuidos, y sus síntomas son: pies dolorosos, falta de sensibilidad, dificultad para caminar, pies secos, callos dolorosos, salida de ampollas y heridas que tardan en cicatrizar.

3.2.1.4. Pie diabético arteriopático o isquémico

El pie posee una lesión arterial que tiene como consecuencia una disminución del flujo de oxígeno en los tejidos. En los pacientes diabéticos las obstrucciones predominan por debajo de la rodilla y las personas que tienen obstrucciones arteriales no diabéticos se dan por arriba de la rodilla. Algunas de las medidas para evitar que un pie en riesgo desarrolle heridas, son el lavado del pie con agua y con jabón neutro, secar los pies adecuadamente sin dar masaje con una toalla delgada, lubricar perfectamente el pie con una crema hidratante, usar una calceta para suavizar el calzado con el pie, tener cuidado en el corte de las uñas, ir a revisiones por lo menos una vez por semana con el médico, evitar caminar descalzo, no cortar ni limar los callos, no usar medicamentos callicidas y no se deben usar ligas ni vendas apretadas en las piernas (Olson, 1986).

3.2.1.5 Coma diabético

Denominado como uno de los padecimientos más graves de la diabetes. El *coma diabético* es el resultado de los valores de glucosa elevados, la manera más correcta de manejar éste consiste en eliminar temporalmente toda clase de alimento vía oral y sustituyéndolo por cantidades conocidas de solución glucosada por vía venosa, administrando la hormona insulina, midiendo periódicamente las concentraciones de glucosa e inyectando cantidades de insulina dependiendo de las cifras de glucosa. Por lo general, el coma diabético es reversible en un periodo de 24 a 48 horas; antes de 24 horas el paciente se encuentra ya despierto y antes de las 48 horas habrá alcanzado valores de glucosa más bajos, en ese momento la insulina de acción rápida es cambiada por insulina de acción intermedia, la cual es aplicada una vez al día. Se inicia la dieta y se vigilan las condiciones generales del paciente.

En lo que respecta a las complicaciones de la diabetes, el riesgo más grave no lo representa el coma diabético sino el proceso contrario, el choque hipoglucémico, mismo que se manifiesta y presenta por exceso de medicación o por dejar de alimentarse. Quienes presentan el choque hipoglucémico tiene la piel fría y sudoración pegajosa, la presión arterial disminuye notablemente y los niveles de glucosa se encuentran muy por debajo del

valor normal mínimo, además es una urgencia médica ya que el paciente puede morir, puesto que no se sabe la cantidad de azúcar que necesita. El tratamiento inmediato es inyectar por vía venosa solución glucosada pero acompañada de insulina, para que esa glucosa realmente penetre en las células del organismo.

Finalmente, puede decirse que la enfermedad de la diabetes mellitus tipo II, actualmente es un tema de suma importancia no sólo desde el punto de vista médico o biológico, sino también desde una perspectiva psicológica, puesto que es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el Sector Salud de México, además ocupa uno de los primeros lugares como causa de consulta y de mortalidad general, siendo por esto que los pacientes diabéticos deben realizarse sus revisiones frecuentes con el médico, llevar un estilo y calidad de vida saludables lo que por ende les dará una mejor salud para el futuro.

Lo óptimo para este tipo de personas es que cumplan con las indicaciones del médico, particularmente en el tipo de alimentación que se debe llevar y los ejercicios que se pueden realizar, para aquellos pacientes que tienen problema en los pies tener mayor precaución en el corte de las uñas y en el tipo de calzado que deben usar, ya que tomando en cuenta estas medidas de gran importancia mejorarán y mantendrán la salud, principalmente aquellas personas que sean propensas a contraer la diabetes mellitus (Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal, 2003).

3.2.2. Variables de estudio de la diabetes mellitus

En los estudios que se han conducido en la investigación de la diabetes mellitus, las variables más frecuentemente estudiadas son: la edad, sexo, grado de obesidad, raza, urbanización, ingreso familiar, número de integrantes en la familia, dieta habitual, antecedentes de migración por motivos laborales, antecedentes familiares y personales de diabetes mellitus y duración de la enfermedad.

Como primer punto en los antecedentes familiares Vázquez-Robles, Romero-Romero y col. (1993; en Islas y Lifshitz, 1993) realizaron un estudio donde encontraron que de la muestra tomada, el 52% de los individuos entrevistados refirió el antecedente de un familiar con

diabetes mellitus. Un segundo estudio realizado por Guerrero-Romero y col. (1997; en Islas y Lifshitz, 1993) demostró que el 59.5% de las personas que padecían diabetes mellitus tipo II, tenían antecedentes familiares de la enfermedad. Por otra parte, Castro-Sánchez y Escobedo de la Peña (en Islas y Lifshitz, 1993) realizaron un estudio con personas mayores de 15 años, observando que la prevalencia se incrementaba conforme se aumentaba la edad, desde un 0% en el grupo de 15 a 24 años, hasta el 12.2% global en el de 55 a 64 años. En la variable de la edad, Vázquez-Robles y col. Señalan, al igual que Castro-Sánchez y col. que la prevalencia se incrementa con la edad como se muestra a continuación:

Edad (años)	Porcentaje
20-39	1.20%
40-59	11.20%
> 59	19.60%

Con respecto a la obesidad, los pacientes diabéticos no solamente tienden a un mayor peso y un mayor índice promedio de masa corporal, sino que gracias a estos factores los enfermos tienen mayores cifras de tensión arterial sistólica y diastólica. En cuanto al sexo se tiene una ligera mayor prevalencia de diabetes mellitus en las mujeres, sin embargo hay estudios que demuestran lo contrario. Para el caso de la población indígena, estudios realizados indican ciertas tendencias a las mujeres, ya que los casos de diabetes mellitus se registran principalmente en la población femenina.

Otros factores de riesgo involucrados en la diabetes mellitus son:

El ingreso familiar mensual promedio no ha mostrado asociación alguna con la enfermedad. Con relación a la raza, se ha documentado que los México-Norteamericanos tienen una prevalencia mayor y el riesgo aumenta con la mayor proporción de genes nativos Norteamericanos. Se ha detectado en el medio urbano una relación de la ocurrencia de la diabetes mellitus con el nivel socioeconómico, en este sentido la prevalencia de la enfermedad es mayor en los migrantes a la capital del país, habitualmente pobladores de zonas rurales e indígenas de la provincia, los cuales buscan con esta migración mejorar sus

condiciones económicas. Con respecto a la dieta se ha observado que esta misma estaba constituida por carbohidratos y lípidos (60% los primeros, 35% los segundos y únicamente 5% de proteínas), mientras que la ingesta de carne y de otras fuentes de proteína de origen animal era ocasional. Se considera que la urbanización es un factor de riesgo en el desarrollo de esta enfermedad, se utilizó como indicador del estilo de vida o del tiempo en que una persona ha estado crónicamente expuesta a diversos factores de riesgo (Islas y Lifshitz, 1993).

Por lo cual puede decirse que la diabetes mellitus es una enfermedad para la que existen medidas de control que, a su vez, mejoran el estilo y calidad de vida de los diabéticos; y que apegada a mayores investigaciones dentro del campo de la salud así como una vigilancia epidemiológica adecuada, podrá reducirse la frecuencia de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones en una forma importante.

CAPÍTULO 4

4. ATRIBUCIONES QUE SE DAN A LA DIABETES

Mucho se dice sobre el padecimiento de la diabetes mellitus tipo II, pero en realidad es muy poca la población que verdaderamente sabe lo que provoca esta enfermedad, por ejemplo muchas de las personas elaboran ideas sobre las causas y tratamientos que entran en conflicto con las explicaciones y tratamientos médicos, donde el paciente no inventa los significados de la enfermedad si no más bien usa las interpretaciones que en su vida social le han transmitido. Las ideas populares de la diabetes se van construyendo en la historia personal cuando el paciente busca entender lo que le sucede en función de su contexto, situación familiar y vivencias dentro del grupo social en que vive.

Un caso de este tipo es que muchas personas atribuyen padecer la diabetes por herencia genética, pero en muchas de las ocasiones esto puede cambiar al momento en que las personas que sean propensas de desarrollarla mantengan una alimentación sin exceso de grasas, cambiando de este modo la expectativa de tener diabetes como sus demás familiares, otras de las supuestas causas a las que se les atribuye el padecimiento de la diabetes son las emociones fuertes, tristeza, depresión, historia familiar, el exceso de azúcares, poco ejercicio y en general el tener una mala calidad y estilo de vida.

Desde otra perspectiva, más científica, los primeros intentos por explicar la relación entre los factores psicológicos y la diabetes se encuentran reseñados en documentos de los siglos XVII al XIX, aunque no es sino en la década de los cuarentas del siglo XX que se retoma el tema, tratando de encontrar alguna personalidad del diabético. Por otra parte desde la década de los ochenta, los psicólogos han identificado la forma que pueden afectar el funcionamiento biológico en algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Esta nueva visión de la interacción entre los factores biológicos y psicológicos han contribuido a que, en el caso de la diabetes y de las enfermedades crónico degenerativas, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos y favoreciendo, a

la vez, una evolución más adecuada.

A partir también de ello, diversos factores psicológicos y de comportamiento han sido vinculados con la adherencia al tratamiento. De las variables psicológicas, la autoeficacia percibida (creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras), pareciera mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento. Se señala que la autoeficacia puede mejorar el control de las glucemias de los pacientes, debido a que correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes, además incrementaría la habilidad del paciente para guiar su tratamiento de modo independiente al equipo médico, lo que a su vez podría conllevar menos visitas a los centros de salud (Ortiz y Ortiz, 2005). Por ello la intención de este capítulo es describir cuáles son los cambios que realizan las personas diabéticas en su estilo y calidad de vida, a través de la revisión de diferentes estudios realizados con la población que padece la diabetes mellitus tipo II.

Brannon & Feist (2001) mencionan que los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar una actitud, en cierta medida, resignada en relación con su estado, actitud que suele reflejarse en su relación con su médico. Esta sensación puede generar un clima difícil para el tratamiento, además las emociones negativas suelen ser habituales en los enfermos crónicos, debido al curso incierto de sus trastornos y, de hecho, el médico suele sentirse poco preparado para ayudar a los pacientes a manejar estas reacciones. Ello se da debido a que como el papel fundamental es sólo informar y no aclarar los malentendidos que tenga el paciente con respecto a la enfermedad, logrando con esto inquietar, desafiar y provocar respuestas la mayoría de ellas inhibitorias, que harán que la persona responda de manera diversa ante desafíos o provocaciones del medio ambiente (Viniestra, 2006). Finalmente, hasta hoy no hay evidencia que apoye la existencia de una personalidad definida para los enfermos crónicos, al igual que para los diabéticos.

Además, una de las situaciones a las que se tienen que enfrentar los pacientes diabéticos son los cambios en el estilo de vida, empezando con lo que respecta al estado emocional, que conlleva a que la propia persona enfrente el problema, esto se reflejará en la medida en que lo acepte y asuma las responsabilidades. No cabe duda que las emociones influyen en

el control de este padecimiento, es por ello que si las personas están ansiosas o deprimidas pueden subir o bajar los niveles de glucosa en sangre, además pueden afectar el control de la diabetes, pero más por la actitud que las acompaña que por el estrés mismo. Algunas veces dentro del entorno familiar la actitud de las personas diabéticas es negarse a que otros conozcan el diagnóstico, promoviendo con ello un sentimiento de aislamiento y frustración. (Lerman, 1994).

Esta situación trae como consecuencia que no haya un apego al seguimiento de las indicaciones médicas, a pesar de que la población que presenta la diabetes mellitus es grande, quedando demostrado con estadísticas de estudios epidemiológicos que confirman el poco apego al tratamiento, por ejemplo, en lo que respecta a la utilización de la insulina: sólo un 3% la utiliza, en cuanto al seguimiento de una dieta balanceada y el control de la glucosa, sólo un 35 y 38% se apega (Benedito, 2001).

Es por ello, que el grado en que el paciente se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. Además, es importante mencionar que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas: en lo personal el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas; en lo social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada (Ginarte, 2001).

Debido a que el padecimiento de la diabetes mellitus tipo II es un problema de gran incidencia en la población de México, ha recibido en los últimos años una atención importante por parte de la investigación psicológica, en la cual se ha encontrado que el principal obstáculo para la adecuada adherencia al tratamiento médico es la dificultad que implican para el paciente los cambios en su estilo de vida. Esto sucede a pesar de la existencia de diversos tratamientos y avances tecnológicos para el control de la

enfermedad.

4.1. Estilo de vida en los diabéticos

El estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II es uno de los aspectos fundamentales para el origen de la enfermedad; un gran problema es que este estilo de vida generalmente se mantiene casi del mismo modo aún después del diagnóstico, debido a lo cual el desarrollo de la enfermedad puede ser más rápido. Esto quiere decir que las personas con diabetes mellitus tipo II, difícilmente se adhieren a su tratamiento médico y cumplen con las indicaciones relacionadas a un cambio del estilo de vida, que les ayudará a mantenerse en mejores condiciones de salud.

El estilo de vida ha sido definido por la OMS (2003, p. 2) “como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas. Entre los dominios que integran el estilo de vida, se incluyen conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo”.

En la actualidad existen pocos instrumentos que miden el estilo de vida y algunos son de tipo genérico (construidos para aplicarse a población general y no a personas con enfermedades específicas). Los instrumentos más conocidos son el FANTASTIC y el HEALTH-PROMOTING, LIFESTYLE, PROFILE, (HPLP). Pero el instrumento FANTASTIC no ha demostrado una utilidad real en la práctica clínica que permita identificar los estilos de vida poco saludables en las enfermedades específicas, como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Se ha sugerido que los instrumentos específicos para medir estados de salud pueden tener mejor rendimiento que los genéricos, puesto que están enfocados a los dominios más relevantes de la enfermedad o condición en estudio y las características de los pacientes.

En general no existen instrumentos específicos diseñados para medir los estilos de vida en los sujetos con diabetes mellitus, un instrumento elaborado para este fin facilitaría la identificación y medición de los componentes del estilo de vida que se relaciona con el curso clínico de la diabetes, el control metabólico y el pronóstico. Por ello se han realizado investigaciones relacionadas a como medir el estilo de vida de las personas diabéticas, por ejemplo López, Ariza, Rodríguez y Munguía (2003), realizaron un estudio con el objetivo de construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el cual se realizó entre marzo de 2001 y abril de 2002 mediante un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la Delegación Estado de México Oriente del IMSS.

Después de haber hecho una revisión sobre la literatura y la metodología que engloba a la calidad de vida, se elaboró la primera versión de un instrumento de autoadministración para medir el estilo de vida en pacientes con DM2, el cual estaba constituido por 42 preguntas cerradas, con 3 opciones de respuesta cada una agrupada en 11 dominios. La validez lógica y de contenido se evaluó mediante el consenso de expertos. Esta primera versión se aplicó a un grupo piloto de 52 pacientes para evaluar el nivel de comprensión, legibilidad y reproducibilidad. Una vez revisada esta primera versión se modificaron 8 items, se eliminaron 3 y se agregaron 2 más, se reagruparon los dominios eliminándose 2 de ellos, quedando el instrumento con 41 items agrupados en 9 dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, relación con la familia y amistades, información sobre diabetes, satisfacción laboral, emociones y adherencia al tratamiento.

La muestra del estudio fue de 412 pacientes con DM2, de ambos géneros que supieran leer y escribir. Los participantes contestaron el instrumento en un aula del IMSS en un tiempo aproximado de 17 min. y regresaron entre 15 y 30 días, para nuevamente, la contestación del instrumento. Se manejó una hoja por separado con preguntas sobre variables sociodemográficas. Después de que el instrumento fue aplicado se omitieron varios items, por ejemplo se eliminaron los items cuya frecuencia fue inferior a 5% o superior a 95% por su bajo poder de discriminación. Items cuya correlación entre su calificación con el total de su dominio y con el total del cuestionario fue menor a 0.20. Los items que presentaron cargas significativas en varios dominios fueron eliminados. La estadística descriptiva se

presentó por medio de las proporciones o razones para las variables categóricas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, anotadas como medias y desviación estándar si los datos presentaban una distribución normal o como medianas si se mostraban libres de distribución. La consistencia interna del cuestionario se determinó mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y la consistencia externa test-retest fue evaluada mediante coeficiente de correlación Spearman. Se buscaron diferencias en las calificaciones según el género, tiempo desde el diagnóstico de la DM2 y edad, utilizando la prueba U de Mann Withney, además de utilizar el paquete estadístico SPSS 9 para Windows.

Los resultados obtenidos mostraron que completaron el estudio 389 sujetos. La edad de las mujeres estaba comprendida entre 19 y 80 años y la de los hombres entre 19 y 78 años. El tiempo desde el diagnóstico de la DM2 en el género femenino tuvo un mínimo de 1 mes y un máximo de 30 años, para el género masculino el mínimo fue de 1 mes y un máximo de 33 años. Los coeficientes de correlación intra clase para la validez lógica y de contenido fueron de 0.91 y 0.95. Los dominios del instrumento quedaron de la siguiente manera: Nutrición (9 ítems con un valor α de Cronbach de 0.61), actividad física (3 ítems y α de 0.51), consumo de tabaco (2 ítems, α de Cronbach de 0.96), consumo de alcohol (2 ítems, α de Cronbach de 0.90), relación con la familia y amistades (se eliminó el dominio por completo), información sobre diabetes (2 ítems, α de Cronbach de 0.62), satisfacción laboral (se eliminó el dominio completo), emociones (3 ítems, α de Cronbach de 0.73), adherencia terapéutica (4 ítems y una α de Cronbach de 0.73). Al dividir la muestra en dos grupos, según el tiempo de evolución en igual o menor de 5 años y mayor de 5 años, se observaron mejores calificaciones en este último grupo en los dominios de nutrición, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Los pacientes con 60 años o más de edad, calificaron mejor en nutrición, consumo de tabaco, emociones y adherencia terapéutica.

Las conclusiones residen en que el instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos es el primer cuestionario específico para sujetos con diabetes mellitus tipo II y tiene validez aparente, valor de contenido y buen nivel de consistencia y propiedades psicométricas que los convierten en una herramienta útil, tanto para uso clínico como para fines de investigación.

4.2. Calidad de vida en los diabéticos

Como se vio en el apartado anterior, el estilo de vida que lleven los pacientes diabéticos dependerá en gran medida del avance o retraso de la enfermedad. Pero no hay que dejar de lado que no sólo el estilo de vida tiene relación con la diabetes sino también la calidad de vida que lleven, puesto que estos dos términos en algunas ocasiones suelen emplearse como lo mismo siendo que no es así, ya que la calidad de vida según la OMS (2006; en Wikipedia 2007, p. 1) es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. O desde el punto de vista de la medicina conductual y la psicología de la salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas (Moreno y Ximénes, 1996; en Riveros, Cortazar, Alcázar y Sánchez, 2005).

Mientras que para De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero la definen como “la valoración que realiza el paciente con DM2 de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado” (2004, p. 111). Dicho de otra manera la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona, que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado, siendo esto lo que diferencia la calidad de vida del estilo de vida de los pacientes diabéticos.

La calidad de vida engloba 3 dimensiones:

- ❑ **Dimensión física:** es la recepción del estado físico o la salud, entendida como la ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos al tratamiento.
- ❑ **Dimensión psicológica:** es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro aunque también incluye las creencias personales,

espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- ❑ **Dimensión social:** es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (Wikipedia, 2007)

También puede resaltarse que las características de la calidad de vida de los pacientes diabéticos se engloban en:

- ❑ **Concepto subjetivo:** cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad.
- ❑ **Concepto universal:** las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- ❑ **Concepto holístico:** la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida ya que el ser humano es un todo.
- ❑ **Concepto dinámico:** a lo largo del tiempo cada individuo va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que se considera calidad de vida.
- ❑ **Interdependencia:** los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, puesto que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos psicológicos y sociales (Wikipedia, 2007).

Por eso la medicina y los recursos económicos, políticos y sociales del mundo occidental han conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina y la sociedad, a partir de las últimas décadas del siglo XX, es dar vida a todos y cada uno de los años, o sea, aumentar la calidad de vida.

También es sabido por la literatura que existe un gran número de factores que hacen difícil la existencia de la adherencia terapéutica por parte de las personas que padecen diabetes mellitus tipo II. Sin embargo, el problema se torna aún más difícil ya que dichos factores no se presentan de uno en uno o sólo uno, sino que pueden presentarse muchos de ellos en un solo paciente y en un momento dado perjudicando así la calidad de vida de las personas, con base a ello se han podido desarrollar líneas de investigación fundamentales como son la

evaluación del impacto de los programas de salud y la evaluación del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo- beneficio, un ejemplo de este tipo de investigaciones sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos, es lo demostrado en el estudio realizado por De los Ríos, Sánchez, Barrios, y Guerrero (2004) con el objetivo de determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en los pacientes con DM2; que acuden a la consulta externa del IMSS en San Luis Potosí. Se realizó un estudio expo facto transversal, buscando identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad. Los participantes fueron 100 pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Los criterios de inclusión fueron que el diagnóstico de DM2 fuera confirmado por el médico, más de 6 meses de evolución de la enfermedad después del diagnóstico, residencia en la capital de San Luis Potosí, edad entre 18 y 80 años de edad y consentimiento informado asentado por escrito, los criterios de exclusión fueron no derechohabiente de la Clínica-Hospital, diagnóstico de psicosis o retraso mental y negativa a participar.

El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), la variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS, las variables independientes fueron el tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la diabetes mellitus tipo II, así como algunos aspectos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil). Se utilizó un cuestionario para las variables tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la DM2 y las sociodemográficas. Se aplicó la estadística descriptiva de acuerdo con el nivel de medición de las variables.

Los resultados se determinaron a través de un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las posibles diferencias en el índice de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2, en relación con el avance progresivo de la enfermedad. La asociación de variables se evaluó mediante χ^2 y la prueba exacta de Fisher. Posteriormente se tuvo una entrevista informativa, durante la cual se les aplicó el ESCAVIRS, 70% de los sujetos pertenecían al sexo femenino, 20% tenían entre 49 y 54 años de edad, 80% eran casados, 49% se

dedicaban a las labores del hogar, 35% tenía primaria completa, 49% eran >5 años de evolución con la diabetes mellitus.

En el área física los pacientes mantenían un avance continuo del deterioro físico en relación con la cronicidad de la enfermedad que fue desde leve a severo. En el área de interacción médica, en un 46% fue adecuada y en 34% había deterioro severo ($p < 0.000$). En el área psicosocial 60% de los sujetos no mostró deterioro y el 15% fue severo ($p < 0.003$). En el área sexual 54% no presentó deterioro a diferencia de 29% con severo ($p < 0.000$), y en el área de relaciones significativas 70% de los sujetos no mostró deterioro a diferencia de 12% con deterioro severo ($p < 0.036$). El 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas, sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de 5 años de evolución de la diabetes mellitus tipo II, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años, concluyendo con ello que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Por otra parte, existe otra intervención que se refiere en el modelo Cognitivo Conductual sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales realizada por Riveros, Cortazar Alcazar y Sánchez (2005), con el objetivo de valorar el nivel de calidad de vida de un grupo de pacientes y examinar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre su mejora. Para lo cual se realizó un estudio cuasiexperimental con pacientes con hipertensión, diabetes o ambas. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento sobre la calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión, ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor.

Los principales beneficios se observaron en la glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad así como los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

Participaron 51 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS y del Hospital General de la Ciudad de México (17 hipertensos, 27 diabéticos y 7 con ambas enfermedades). Un grupo quedó conformado por 51 pacientes, la edad promedio fue de 54,27 años (39 fueron mujeres y 12 hombres). Se utilizó un diseño experimental de caso único ($n=1$), en el que se examinaron las replicas individuales del efecto clínico de la intervención de cada paciente con una comparación longitudinal y una transversal, el registro incluyó escalas psicométricas y sistemas de autorregistro conductual. Se utilizó una batería de instrumentos que incluía el Inventario de Calidad de Vida y Salud con consistencia interna de 0,90 (alfa de Cronbach) para pacientes crónicos, también se utilizaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck con un índice de consistencia interna de 0,87 en depresión y de 0,83 en ansiedad en adultos, la Escala de afrontamiento de Moos, forma B, oscilando entre 0,54 y 0,77 el alfa de Cronbach y un sistema de autorregistro diario de adherencia terapéutica y bienestar.

El registro de adherencia incluyó la toma puntual de medicamentos, el apego a un régimen de dieta, actividad física y conductas de riesgo. Antes de aplicar la batería se les instruía en su llenado y se les distribuían los cuadernillos de autorregistro para 15 días, al final de ese período se iniciaba la intervención. Cuando se valoraba el estado inicial de las mediciones sobre adherencia terapéutica y calidad de vida, a cada participante se le aplicaba el protocolo de adherencia terapéutica “pasos vitales” y una intervención terapéutico educativa que se orientaba a restaurar o mejorar la calidad de vida de los pacientes. La intervención se llevó a cabo individualmente, usando una aproximación de corta duración, activa, focalizada y directiva en consultas semanales de una hora de duración a lo largo de 16 sesiones, utilizando: interrogatorio directo, detección de cambios en estado de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de conceptos o creencias distorsionadas, programación y entrenamiento de actividades instrumentales, asignación y seguimiento de tareas.

Se calculó la significancia de los cambios mediante las pruebas t y Wilcoxon, para identificar el cambio clínico por paciente se computó el porcentaje de cambio con la diferencia entre la puntuación de post test y pre test dividida entre el pre test. La mejora de

las áreas evaluadas de calidad de vida después de la intervención reflejaron que los % de ganancia fueron de 24,18% en el indicador general de calidad de vida, 22,09% en funciones cognitivas, 16,24% en percepción de salud, 16,03% en relaciones interpersonales y 7,58% en percepción de síntomas. Ninguna de las medidas en post-test sobrepasa los 200 mililitros sobre decilitro de glucosa, los mayores beneficios se presentaron en los participantes con mediciones superiores a los 250 ml/dl de glucosa.

Presentaron PCO positivo más del 50% de los participantes en las escalas de depresión (16 participantes) indicador general de calidad de vida (34 participantes), funciones cognitivas (32 participantes), percepción de salud y ansiedad (29 participantes cada una) y el estilo de afrontamiento de análisis lógico (26 participantes). Las áreas que mostraron mayor número de participantes sin cambio fueron el estilo de afrontamiento de descarga emocional, el indicador general de calidad de vida, síntomas y el estilo de afrontamiento de resolución de problemas y las áreas que mostraron un mayor deterioro fueron estilos de afrontamiento de resolución de problemas, regulación afectiva y descarga emocional.

En el caso de los diabéticos se observa poco cambio en la toma puntual de medicamentos y dieta, el cambio más importante en adherencia terapéutica se dio en la cantidad de actividad física (18% y 14% de ganancia), y en las variables de sueño reparador y contacto interpersonal (9,99% y 7,93% de ganancia) en bienestar. Los pacientes con hipertensión mostraron cambios importantes en la evitación de conductas de riesgo (29% de ganancia) y actividad física (20,94% de ganancia). La toma de medicamentos y dieta mostraron poco cambio y presentaron valores altos desde el principio. Los mayores beneficios se presentaron en las áreas de contacto interpersonal (20% ganancia) y sueño reparador (10,19% de ganancia).

Como se vio en los estudios anteriores realizados sobre la calidad y el estilo de vida de los diabéticos, pudimos darnos cuenta que es de vital importancia para el paciente diabético mantener un buen estilo y calidad de vida, es decir, tener horarios de comida, tener dietas balanceadas y, sobre todo, una buena adherencia a los tratamientos médicos, lo que le brindará mejor salud.

CAPÍTULO 5

5. EL PARADIGMA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel fundamental en su curso, y en este contexto el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. En lo que respecta a la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual genera un grave problema, debido a que los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando la realización de un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. Por eso el objetivo de este capítulo es describir detalladamente en qué consiste la adherencia terapéutica, sus características, los problemas metodológicos que presenta y cuáles son los factores propiciantes en los diabéticos para que éstos no se adhieran al tratamiento médico.

En la actualidad, el cumplimiento de las indicaciones médicas tiene una gran trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares para los pacientes, particularmente, en los que padecen las enfermedades crónicas y porque también inciden en el aumento del costo de la asistencia sanitaria. Por ello Libertad y Grau (2004) mencionan que los pacientes podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida, si logran adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que exige la enfermedad para su buena evolución.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento es del 20%, mientras que para las enfermedades crónicas alcanza el 45%, debido a que los regímenes terapéuticos consisten en cambiar de hábitos o estilos de vida (Marín, 1995 en Libertad y Grau, 2004). En el caso de las prescripciones de ingestión de medicamentos entre el 33% y el 82% de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen.

Cabe destacar que el incumplimiento de los tratamientos no sólo es grave porque hacen ineficaz el tratamiento, si no que a su vez produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, así como el incremento de los costos de la asistencia sanitaria. Un informe de la OMS (2003) señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos de enfermedades como son los cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, la depresión y el sida se han convertido en un problema no sólo de tipo sanitario sino también económico, ya que el 50% de los pacientes crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados. La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, ya que puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento o limitaciones incontrolables y progresivas.

En lo familiar causa alteraciones que en muchas de las ocasiones genera crisis, afectando de esta manera la calidad de vida del enfermo y de quien se encuentra a su alrededor. En lo social produce un enorme costo para las instituciones de salud, prolongando en algunas ocasiones innecesariamente los tratamientos presentándose recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001).

La incidencia, la identificación y caracterización de los factores que afectan a la adherencia terapéutica, así como la determinación para conformar estrategias de intervención definen a la adherencia como una de las líneas actuales de investigación en el campo de la Psicología de la Salud (Macía y Méndez, 1999). De manera empírica y anecdótica se reconoce la existencia de grandes dificultades en este proceso por parte de los profesionales de la salud, por eso se tiene la necesidad de dirigir trabajos de investigación en esa dirección, debido a la poca existencia de estudios que fundamentan científicamente el comportamiento de este fenómeno.

La adherencia terapéutica ha sido definida como un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Es un comportamiento humano o, más bien, un repertorio comportamental modulado por componentes subjetivos. O dicho de otra manera, la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el

desarrollo de los procesos volitivos. Las conductas que podrían hacer ineficaz la adherencia a los tratamientos médicos, son las dificultades para comenzarlos; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito; ausencias a consultas e interconsultas y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad. Aunque también el paciente, a su vez, se ve en la obligación de reajustar metas y propósitos afectando su vida económica y la comunicación con las demás personas, cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de los allegados (Ferrer, 1995).

La adherencia al tratamiento comienza desde el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece. La enfermedad suele percibirse como un evento estresante, un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o en algunas ocasiones como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás, comenzando de esta manera su rol de enfermo, puesto que la aceptación de estar enfermo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia considerada como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermedad.

Como se mencionó anteriormente, la adherencia terapéutica ha sido de primordial importancia para el sector salud por los altos índices de enfermedades crónicas, pero en realidad no se tiene una definición clara sobre ¿Qué es la adherencia?, ya que para algunos según Basterra (1999) conceptualizan a la adherencia como un “cumplimiento”, por ejemplo siguiendo esta misma línea Haynes (1979, p. 92) menciona que si la adherencia es un cumplimiento se define como “el grado en que la conducta de un paciente va en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida y coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Pero dicho término según Karoly (1993) tiene importantes deficiencias, ya que sólo se centra en el profesionalismo de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario con la tendencia de lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además es

reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aquellos aspectos subjetivos de otro orden, como las creencias y motivaciones del paciente. Y con el fin de superar estas limitaciones en cuanto a la definición se han propuesto otros términos como la “adherencia” o “alianza terapéutica”, para tener un entendimiento mejor entre la relación del personal sanitario y el paciente (Basterra,1999). El término adherencia se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982, p. 93).

Los vocablos que se han discutido por años como la “alianza” “colaboración” “cooperación” y “adherencia” permiten una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, ya que se supone que éste se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya colaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. Los autores que están interesados en el tema de la adherencia al tratamiento optan por uno u otro término. Friedman y Di Mateo (1989) por ejemplo hablan de “cooperación”, para enfatizar las interacciones profesionales de salud-enfermo; sin embargo los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los que más se utilizan en la práctica médico-farmacéutica. Aunque también el uso de “cumplimiento” y “adherencia” son utilizados como sinónimos (Basterra, 1999).

Sin embargo, Epstein y Cluss (1982; en Libertad y Grau, 2004) definen a la “adhesión” o “cumplimiento de las prescripciones médicas” como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre su salud o prescripciones que ha recibido. Mientras que Meichembaum y Turk (1987; en Libertad y Grau, 2004) distinguen al “cumplimiento” de la “adhesión” diciendo que el primero coincide con la definición que dan Epstein y Cluss (1982), mientras que al segundo lo definen como una implicación más activa y colaborativa del paciente. Pero no hay que dejar de lado que la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona con la conducta del médico al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con claridad hacia el paciente.

La adherencia terapéutica sigue siendo un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, considerada por ello como todo un reto para su estudio; no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas incluyendo el saber aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica las indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003); donde estas conductas se desarrollan a partir de la interacción del paciente y los agentes de salud.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica es el realizar una serie de tareas que requieren *el saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*, donde el paciente debe disponer de diversas habilidades con diferente grado de complejidad (Amigo, Fernández, y Pérez, 1998). Es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta de los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones, por ello debe ser entendida en diversas dimensiones, desde los aspectos conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivo, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud (Bayes, 2000). El apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico, de igual manera el refuerzo de la familia y otras personas significativas para el paciente pueden facilitarlos, especialmente cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida.

Como se ha mencionado, las cifras de la población que padece diabetes son alarmantes, es por ello que elevar la adherencia terapéutica resulta un proceso complejo pero necesario si se desea incrementar el impacto positivo de dichas intervenciones, sobre todo para mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas y, es por eso, debido al poco apego que tienen los pacientes, el tema de la diabetes mellitus tipo II ha preponderado en el estudio sobre la población diabética; donde se han utilizado diversos modelos de intervención para identificar y ayudar a dicha población en aquellos factores que hacen que estos mismos no se adhieran a las prescripciones médicas, teniendo cada uno de estos modelos diferentes

formas de evaluar a la población y obteniendo diversos resultados que ayudarán a resolver los problemas que influyen en los diabéticos.

El logro de una buena adherencia terapéutica vendría a resolver notables problemas de salud en la población y, a su vez, repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud, prestando especial atención en su abordaje teórico, metodológico e investigativo desde el campo de la Psicología de la Salud, puesto que esta disciplina se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud- enfermedad.

5.1. Problemas metodológicos que enfrenta la adherencia terapéutica

Como se vio en el apartado anterior, son varios modelos los que se utilizan para estudiar la adherencia terapéutica sobre los pacientes diabéticos, pero a su vez cada uno de ellos emplea diferente metodología, que en algunas ocasiones propicia el éxito o fracaso del psicólogo clínico en la intervención con los pacientes, por ejemplo los problemas de orden teórico conducen a generar dificultades en el terreno metodológico a la hora de elaborar diseños para su análisis, cuando el investigador debe abordar un problema tan complejo a través de un proyecto de trabajo que satisfaga esa condición y en un terreno donde concurren tantas interrogantes aún no resueltas.

Presentándose así la disyuntiva de llevar a cabo un estudio cuantitativo que determine niveles de prevalencia de adherencia al tratamiento, o que cuantifique los factores influyentes o el uso de metodologías cualitativas que caractericen las configuraciones personológicas predisponentes a la no adherencia. Otro problema es el uso de estudios transversales o longitudinales, al tener en cuenta las variaciones en el tiempo que puede mostrar este fenómeno, sin dejar de lado la necesidad de realizar trabajos de intervención que propongan metodologías para elevar los niveles de adherencia en los pacientes crónicos. Pero una vez que se tenga supuestamente un diseño adecuado, surge el problema de cómo realizar la medición de la adherencia. Por ejemplo dentro de la literatura se han propuesto diversos modos de métodos como los autoinformes de los pacientes, los

autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras y las mediciones bioquímicas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Basterra, 1999; Ferrer, 1995; Vargas y Robles, 1996). Se establece que ninguno de estos métodos en sí mismo proporciona una información lo suficientemente fiable, por lo cual lo más recomendable es recurrir a más de uno de ellos pero tomando en cuenta en que estos no exploran la dimensión psicológica y comportamental, ya que evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y su componente medicamentoso y no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida.

Con lo anterior se tiene la necesidad de elaborar instrumentos de medición, con los cuales se pueda obtener una información confiable y válida. Los instrumentos más utilizados son los llamados “indirectos” como la entrevista y la estimación a partir de resultados clínicos (Macía y Méndez, 1999). Con el fin de verificar la información recogida a través de autoreportes, Epstein y Cluss (1982; en Libertad y Grau, 2004) han propuesto “técnicas de marcador” que consisten en incluir marcadores falsos inactivos en los paquetes de tratamiento, como tiras falsas de evaluación de la hemoglobina para evaluar los niveles de glucosa, placebos para el análisis de orina, tabletas con distintos sabores, agentes decolorantes de la orina en la medicación y otros, pidiéndole al paciente que registre la frecuencia con que, por ejemplo, las tiras o pastillas placebo han producido el resultado designado o que registre e informe sobre cuándo se toma las tabletas con diferentes sabores o en el caso de la orina cuándo tiene lugar la decoloración y como se supone que sólo el médico que impone el tratamiento conoce la secuencia real establecida, el número y patrón de respuestas correctas que ofrece el paciente establece el indicador de la adherencia del paciente al tratamiento.

Otra manera de controlar la conducta de la adherencia son las “medidas ocultas”, como un sistema microelectrónico en la grabadora empleada para el aprendizaje y práctica de la relajación, dispositivo que permitirá medir el tiempo que fue utilizada la cinta (Hoelscher, Lichstein y Rosenthal, 1986; Taylor, 1993; en Libertad y Grau, 2004). Estas técnicas permiten conocer los porcentajes elevados de sobrestimación de los autoinformes. Siendo que los métodos que se acaban de mencionar para comprobar la adherencia terapéutica además de costosos involucran riesgos de carácter ético.

La simple estimación subjetiva por parte del terapeuta junto con la entrevista ha sido el procedimiento más empleado para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. Además de la entrevista, el autoreporte y las medidas directas “encubiertas” o de “marcadores” se han utilizado otros procedimientos directos como la observación por terceros, utilizándose como registros las entrevistas, escalas de opinión y protocolos de observación y otro modo de comprobar la adherencia es a través de la evaluación bioquímica (análisis de orina y sangre) (Macía y Méndez, 1999).

Labrador y Castro (1987; en Libertad y Grau, 2004) mencionan que el problema de la evaluación de la adherencia no requiere tanto para su solución, de una mayor sofisticación de los procedimientos alternativos de que se disponen en la actualidad, sino más bien se necesita del desarrollo de procedimientos alternativos, a lo cual puede añadirse la verificación contrastante con diferentes criterios, así la utilización de criterios externos podría ser entonces una manera de validar la información obtenida; la cuestión de cuáles serían los más adecuados constituye todo un reto metodológico. Otro aspecto metodológico instrumental importante es aquel que se refiere a la intervención en el problema, lo cual se complica por el supuesto de que el propio paciente, como sujeto investigado debe participar para obtener resultados (acudir a consultas, tener en cuenta el nivel de comprensión, considerar la calidad de la atención).

Las estrategias han sido muy variadas y con resultados desiguales en función del problema tratado, es por ello que el problema de la adherencia al tratamiento es complejo y difícil de investigar, lo que puede ser más aún el estudio de la efectividad de las estrategias de intervención. La prevención y control de los problemas de adherencia requieren de un acercamiento metodológico e instrumental diferente, si el psicólogo clínico quiere obtener incrementos deseables en el cumplimiento de los pacientes.

5.2. Factores propiciantes para la no adherencia

Mucho se ha dicho y se ha discutido del ¿por qué? las personas con diabetes mellitus tipo II no siguen las prescripciones médicas, siendo que éstas son para el beneficio de su salud y para tener una mejor calidad de vida. Pero es ahí donde intervienen una serie de factores que el paciente ve como obstáculos, que no lo dejan realizar de manera óptima su

tratamiento, siendo esto controversial para las investigaciones que estudian el fenómeno de la adherencia a los tratamientos. Una gran cantidad de autores (Arganis, 1998; Bandura, Taylor 1986; en Castañeda 1996; Peplau y Sears, 1994; en Colinas, 1999; Benedito, 2001; Brannon & Feist, 2001; Duran, Rivera y Franco 2001; Ginarte, 2001; Hermida, Barrón y Pérez en Lerman, 1994; Melchor, 2003; Vázquez, Fernández y Álvarez, 1998; Ortiz y Ortiz, 2005) confirman y plantean que existe en los pacientes enfermos un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial.

Uno de los factores que afectan la adherencia está constituido por un amplio conjunto de factores llamados psicosociales, los cuales están relacionados con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida; en segundo término con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) y, por último, con la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida) (Libertad y Grau, 2004).

Morales (1999) señala que factores importantes para la adhesión a los tratamientos son los que tienen relación con la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención. La satisfacción se relaciona con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir.

Otro grupo de factores que está relacionado con las características del régimen terapéutico distingue la complejidad del tratamiento, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido, cuando implica cambios en los hábitos o exige cambios nuevos (Rodríguez, 1995). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y la duración del tratamiento con variables relacionadas con la complejidad (Macía y Méndez, 1999). También la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento puede resultar relevante, puesto que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares y emocionales).

Un grupo más de factores está referido a la naturaleza de la enfermedad. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas y, sobre todo, en las asintomáticas, cuando las manifestaciones constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Friedman y Di Mateo, 1989).

Otro factor que afecta la adherencia de los pacientes está constituido por variables propias de la interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en el conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la que se distingue la satisfacción específica y la global, donde la primera es determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como la apreciación más general que establece el paciente, ya que los pacientes más insatisfechos tienen una mayor probabilidad de no llevar a cabo las instrucciones que se les dan (Macía y Méndez, 1999).

Y finalmente, otro factor es el de la autoestima, ya que autores como Grey, Davison, Boland, Tamborlane, Martínez-Chamorro, Lastra y Luzuriaga (2001; en Ortiz y Ortiz, 2005) manejan que la enfermedad es un descenso en la autoestima de quien la padece, pudiéndose esperar que aquellos pacientes diabéticos con una autoestima más elevada presentarán mayor adherencia al régimen de salud, que aquellos pacientes con una baja autoestima.

A continuación se mencionarán de manera más desglosada qué situaciones se presentan en cada uno de los factores que inhiben la adherencia al tratamiento.

5.2.1. Factores relacionados con la enfermedad

- Al ser una enfermedad crónica, representa un fuerte impacto para quien la padece. Los intervalos libres de síntomas (principalmente durante los episodios hiperglucémicos) representan una ausencia de claves internas que podrían reforzar

el seguimiento del tratamiento.

- Aunque existe una serie de síntomas indicativos de una descompensación, cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y cambiante a lo largo del tiempo. Lo cual supone una dificultad para discriminar e interpretar los síntomas que funcionarían como consecuencias del seguimiento o no del tratamiento.
- Las hipoglucemias pueden producir nerviosismo, irritabilidad y confusión; mientras que las elevaciones de glucosa pueden inducir al cansancio, sueño e irritabilidad. A su vez, estos síntomas causados por el aumento y decremento de los niveles de glucosa pueden ser obstáculos para la adherencia al tratamiento.
- Las complicaciones asociadas como ceguera, nefropatía, etc. ocurren a largo plazo, perdiendo, así, su potencial efecto aversivo.

5.2.2. Factores relacionados con el tratamiento

- ❖ Toma de medicamentos de por vida.
- ❖ La toma de varios medicamentos en diversos horarios.
- ❖ Efectos secundarios de la toma de los medicamentos.
- ❖ El tratamiento exige cambios en las actividades cotidianas.
- ❖ El tratamiento es impuesto sin que, generalmente, se tomen en cuenta las condiciones y estilos de vida de cada uno de los pacientes.
- ❖ Aversividad de las medidas terapéuticas como controles de glucemia.
- ❖ La interrupción de la toma del medicamento no produce una exacerbación inmediata.
- ❖ Ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento del tratamiento y normalización glucemia. Incluso, en muchas ocasiones las consecuencias al adecuado seguimiento son más punitivas que al incumplimiento.

Acerca de los factores relacionados tanto con la enfermedad como con el tratamiento, existen autores como Viniegra (2006) quien afirma que para la existencia de una adherencia efectiva, es necesario que el paciente tenga un alto conocimiento acerca de qué es su enfermedad y de aspectos relacionados con su tratamiento; su línea de investigación se centra en la comprensión de los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad y en la

manera en que dicha comprensión afecta su conducta. Este autor menciona que tanto pacientes como trabajadores de la salud suponen que los enfermos reconocen los síntomas de un nivel elevado o escaso de glucosa en la sangre, y esta percepción resulta importante en el manejo de la diabetes.

Sin embargo, la percepción de los síntomas no es tan precisa como cabría suponer. Así, en su estudio el 58% de los diabéticos tenían ideas imprecisas sobre las características de un nivel elevado de glucosa en la sangre, mientras que el 42% no distinguía cuándo estos niveles eran bajos y presentaban mayor probabilidad de creer que tenían un problema que en realidad era inexistente. Así mismo, los pacientes sobreestimaron los síntomas que indicaban la presencia de algún problema, pero la tendencia a hacer caso de falsas alarmas era la más frecuente. Las mujeres que participaron en el estudio, a diferencia de los hombres, eran más vigilantes, tanto si su percepción de los síntomas era correcta o no. Estos resultados sugieren que la educación entre los diabéticos es compleja y que no sólo es necesaria la instrucción, sino que debe haber una forma de evaluar lo que se enseña para verificar la comprensión por parte de los pacientes permitiendo, también, una modificación o complementación de qué se enseña y cómo se enseña.

De acuerdo al estudio citado anteriormente, Brannon & Feist (2001) mencionan que enfoques innovadores como un auto seguimiento de los niveles de glucosa en la sangre han resultado mucho menos eficaces de lo esperado, ya que los pacientes no utilizan la información que recogen para modificar el tratamiento. Los pacientes tienden a ignorar los valores medidos y a estimar que sus necesidades de tratamiento no son tan acusadas, presentando una visión optimista, no realista y percepciones cognitivas distorsionadas. Así, la educación por sí sola no resulta adecuada para que los diabéticos sigan su régimen.

5.2.3. Factores cognitivos

- ❑ Creencias generales del paciente con respecto a la salud y a la enfermedad.
- ❑ La poca severidad con la que percibe las posibles consecuencias de la enfermedad.
- ❑ La vulnerabilidad con que se auto percibe ante la enfermedad.
- ❑ Las expectativas en cuanto a la propia capacidad para enfrentar la enfermedad a

partir de la ejecución de las acciones correspondientes.

- ❑ Creencias relacionadas con los beneficios que se obtendrán con la adherencia al tratamiento.
- ❑ Ideas erróneas acerca de la etiología de la enfermedad y que se van construyendo en la historia personal.
- ❑ Ideas erróneas acerca del tratamiento que se van construyendo en la historia personal y que entran en conflicto con las indicaciones médicas.
- ❑ Desconocimiento de información relevante con respecto a la enfermedad y al tratamiento.
- ❑ Poca comprensión con respecto a la enfermedad y al tratamiento.
- ❑ Tendencia a conceptualizar la enfermedad en aguda y no como crónica y como consecuencia, aplican sus conocimientos del mismo modo.

También se han realizado estudios que tienen relación estrecha con los factores cognitivos mencionados anteriormente, más específicamente con ideas y creencias que puedan tener los diabéticos en cuanto a su enfermedad; por ejemplo Arganis (1998) en su estudio tuvo como objetivo identificar algunas ideas populares sobre la diabetes mellitus y su tratamiento en 20 pacientes (12 mujeres y 8 hombres) del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #35, del IMSS en Cosamaloapan, Veracruz. Se aplicó un cuestionario de 50 preguntas (20 abiertas y 30 cerradas), los criterios de inclusión fueron tener antecedente clínico de diabetes un año o más, estar dentro del grupo de edad mayor de 40 años, participar en el club de diabéticos con registro de asistencia en por lo menos 6 sesiones, ser originarios de Cosamaloapan.

Se realizaron en los domicilios entrevistas semiestructuradas, que exploraron una serie de ideas que afectan el cumplimiento biomédico como la noción de enfermedad, su gravedad, la causalidad y los tratamientos de la diabetes. El 65% se ubicó dentro de los 40 a 64 años, 85% eran originarios de Casamaloapan, el 15% terminó la secundaria y la mayoría sólo estudió la primaria o primaria incompleta. El 75% de las mujeres se dedicaban al hogar y el 25% eran hombres pensionados.

La mitad del grupo consideró que los medicamentos recibidos por el IMSS eran efectivos, mientras que la otra mitad opinó que tienen mayor efecto las medicinas que se venden en las farmacias, el 90% piensa que la insulina causa ceguera. El impedimento para el seguimiento de las dietas se debió en un 80% al aspecto económico, aunado a los conflictos familiares provocando así cambios en la alimentación. El 60% decía que el consumir mayor cantidad de vegetales implica no alimentarse como debe ser, puesto que la grasa y los almidones dan sustancia al cuerpo y el no ingerirlos ocasiona debilidad. Con respecto al ejercicio, consideraron que la prescripción implica esfuerzos adicionales y disposición de tiempo extra, el 90% de la población tiene una vida sedentaria. El 85% considera el tratamiento biomédico como insuficiente, teniendo la necesidad de auxiliarse con otros recursos terapéuticos como la herbolaria o médicos naturistas.

Pudiendo concluir que el análisis de las ideas de los pacientes diabéticos muestra la importancia que tienen los aspectos socioculturales en la elección y seguimiento de los tratamientos, que cumplir con el tratamiento no es del todo un hecho aislado para el paciente, sino que implica diversas condicionantes socioeconómicas e ideológicas, donde las ideas de la enfermedad y su forma de atenderla son los elementos clave para entender sus acciones.

Por su parte Pérez, Bautista y Bazaldúa (2006) realizaron otro estudio relacionado con las representaciones cognitivas de la diabetes mellitus, requiriendo a 160 adultos no diagnosticados como diabéticos, acompañantes de pacientes de un hospital general. Se utilizó un cuestionario de 6 preguntas cerradas y abiertas con el objetivo de identificar las creencias sobre las causas, síntomas, consecuencias, suposiciones de controlabilidad y sistemas de estereotipos ante el padecimiento. Se usó una muestra no aleatoria que incluyó a personas que declaraban no ser diabéticos y aceptaban participar voluntariamente.

El cuestionario se aplicó mediante una entrevista a cada participante en un consultorio del hospital. En el estudio participaron 44 hombres (27.5%) y 116 mujeres (72.5%) con una edad promedio de 38.28 años \pm 12.33 años. El ingreso familiar mensual promedio fue de \$3,017.20 \pm \$2,265.23, moda de \$2,000, mínimo de \$400 y máximo de \$15,000. Las

actividades reportadas fueron el hogar (45%), el comercio (15.6%) y otros (11.3%). El 10.8% manifestó haber recibido el diagnóstico de “prediabetes”. Las creencias causales se identificaron pidiendo al participante que mencionara los motivos por los que hay familias con o sin diabéticos, los factores más mencionados fueron: hereditarios, malos hábitos alimenticios, carácter, corajes y sustos. Luego se les solicitó a los voluntarios que organizaran 5 padecimientos del mayor al menor riesgo percibido, y que al final mencionaran sus motivos para asignar a uno de los padecimientos el mayor riesgo percibido de padecerlo y los motivos a los que les atribuyeron el mayor riesgo en una de las 5 enfermedades fueron: padecer síntomas o indicios de la enfermedad, tener conducta de riesgo o falta de prevención, antecedentes familiares y factores emocionales o de carácter.

En conclusión, la diabetes fue atribuida principalmente a la herencia, la mala alimentación y factores emocionales como sustos y corajes considerándose un padecimiento muy severo, ya que puede llevar a la muerte. La representación causal de tipo popular (susto-coraje) se acompañó de las representaciones derivadas del modelo médico, lo que indica el carácter sincrético de las representaciones en la muestra estudiada. El riesgo personal de padecer una entre varias enfermedades se atribuyó a la presencia real de síntomas, a conductas de riesgo, a la herencia, a aspectos emocionales y a creencias que no pueden explicar. La representación de las causas del riesgo personal se relacionó con la presencia objetiva de molestias, síntomas o indicios reales en los entrevistados.

Los síntomas que las personas relacionaron con la diabetes son propios del padecimiento como sed, cansancio, orinar seguido, hambre, problemas de la vista, pérdida de peso y cicatrización deficiente. Las opiniones sobre la facilidad para controlar la diabetes mellitus se dividieron, siendo la creencia de que la diabetes es una enfermedad difícil de controlar, la que mostró mayor frecuencia, sin embargo si se suma las opciones de que es fácil de controlar y que algunas veces es fácil, la creencia positiva hacia el control del padecimiento es la más frecuente, por lo que se calificó de optimista a la representación de controlabilidad, siendo que esta visión puede participar en la dificultad que tiene la población no diagnosticada para comprometerse en conductas preventivas.

En relación al estudio anterior Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villareal (2003), identificaron en individuos con diabetes mellitus tipo II las atribuciones que le dan al origen de la enfermedad y a la evolución de los síntomas; la población de estudio fue de 350 diabéticos tipo II con más de 25 años de evolución, residentes del noroeste de México. Aplicaron un cuestionario con una duración aproximada de 30 min, el paciente fue interrogado acerca de su condición sociodemográfica, tiempo de evolución de la diabetes, antecedente familiar de diabetes y presencia de complicaciones. Se desarrolló la técnica de listado libre para conocer el dominio cultural acerca de las atribuciones del origen de la diabetes, de la evolución de los síntomas y las complicaciones representadas por un conjunto de palabras, frases o conceptos que las explican. Los datos se llevaron a cabo con estadística descriptiva y cualitativa mediante un programa computarizado.

Se efectuó el análisis del listado libre de asociación con el paquete “estadístico Antrhopac” para determinar las atribuciones y la correlación de los atributos sobresalientes, términos familiares, mejor conocidos por las personas o acerca de un dominio cultural importante.

Los resultados obtenidos fue que la edad promedio de la población era de 60+ 11 años, 68.3% era del sexo femenino. En cuanto a la escolaridad, 81.7% tenía estudios de primaria o menos, 62.6% no recibía remuneración económica por sus actividades (hogar o desempleo), el 41.1% refirió tener algún familiar con diabetes. La media de evolución de la enfermedad fue de 10.4 ± 8.6 años.

De manera global, de los 25 conceptos a los que se atribuyó el origen de la enfermedad, por un susto fue el más mencionado, el análisis estratificado registró que los pacientes con educación secundaria o mayor del sexo masculino, con remuneración económica y antecedente familiar positivo de diabetes atribuyeron el origen de su enfermedad a la herencia, mientras que el atributo “susto” fue independiente de la edad, estado civil, tiempo de evolución y presencia de complicaciones. 64.3% de los entrevistados refirió sentirse mejor después de establecerse el diagnóstico e iniciarse el tratamiento; la mejoría fue atribuida más frecuentemente a la medicina y el 35.7% lo atribuyó a la alza de azúcar.

Las conclusiones son que se observó una gran diversidad de atributos sobresaliendo el

susto, como la causa que dio origen a la enfermedad, con ello se deduce que la gente cree que el susto no tratado puede convertirse en algo fatal, también sobresalió el disgusto intenso y la herencia genética.

5.2.4. Factores emocionales

- Muchas veces existe una insatisfacción afectiva en el paciente con respecto al personal de salud que lo atiende.
- Las emociones pueden influir en el control de la enfermedad. Así, la existencia de ansiedad y/o depresión contribuirá a que los niveles de glucosa en la sangre suban y/o bajen; esto se debe más a las actitudes que acompañan a la ansiedad y a la depresión.
- Actitudes como negarse a que otros conozcan el diagnóstico producen sentimientos de aislamiento y frustración.
- Insatisfacción con el tratamiento
- Sentimientos de inferioridad, tristeza, vergüenza, resignación, etc. éstos pueden influir en las conductas que se tengan con respecto al seguimiento del tratamiento.

5.2.5. Factores conductuales

- Locus de control, es decir, el grado de participación sistemática y permanente por parte del paciente en el control de su enfermedad. Muchas veces espera a ser controlado por los demás (médico, familiares, etc.)
- Conductas opositoras al tratamiento, por ejemplo, con respecto a cambios y restricciones en la dieta, a cambios de hábitos de ejercicio físico, a llevar a cabo los cuidados personales necesarios.
- Pocas o ineficaces habilidades para controlar situaciones estresantes. Pocas o ineficaces habilidades para resolver problemas.
- Dificultades para medir la glucemia.
- Insuficientes habilidades para el adecuado seguimiento del tratamiento.

Como es sabido, los factores conductuales que se acaban de mencionar se comprenden dentro de una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente sobre el aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptativa, que en este caso es la no adherencia a las prescripciones médicas, aunque también lo conductual establece de manera precisa como el medio ambiente puede influir en la persona, en términos de los principios de aprendizaje establecidos, donde se implica la individualidad definida de los objetivos de tratamiento, para ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con su funcionamiento, adaptando el terapeuta el método de tratamiento al problema del paciente o, dicho de otra manera, se basa en 3 premisas que son:

- ¿Cuál comportamiento es inadecuado?
- ¿Qué es lo que mantiene el comportamiento inadecuado?
- ¿Cómo puede cambiar ese comportamiento? (Reynoso y Seligson, 2005)

Es por ello que los factores que se mencionan como conductuales que propician la no adherencia, han servido de partida para estudiar a la población diabética, básicamente sobre la conducta que emiten al tratamiento, por ejemplo Duran, Rivera y Franco (2001) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la frecuencia de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2, relacionarlo con el control metabólico e identificar factores que influyen para la no adherencia.

El estudio realizado fue transversal comparativo, con 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de 1997 a 1998. Se midió el apego al tratamiento con cuenta de tabletas en su domicilio de los pacientes y el control metabólico se midió con hemoglobina glucosilada. Se utilizó estadística descriptiva t de Student y razón de momios, se utilizó el programa estadístico Stata 5.0. Los pacientes fueron derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar #33 del IMSS, de Chihuahua, que tenían más de un año en la evolución de la enfermedad y que no se estuvieron aplicando insulina.

La muestra fue calculada con un intervalo de confianza al 95% y un poder de la prueba de 80%, utilizando la variable escolaridad como referencia. Se aplicó un cuestionario

estructurado para medir los factores de riesgo relacionados con el apego terapéutico (edad, género, escolaridad, tiempo de evolución de la diabetes mellitus, uso de plantas medicinales, toma de otros medicamentos, practica de ejercicio, trabajo habitual, asistencia a programa educativo, información sobre la enfermedad y relación medico-paciente), con 8 preguntas de opción múltiple tomando como “si informado”, los que contestaron más del 50% de las preguntas correctamente.

En la primera entrevista realizada se les dio el medicamento a los pacientes diabéticos, el cual iba con una marca que sólo el médico sabía, posteriormente se le indicó a los pacientes que tomaran sus medicamentos que acababan de recibir aunque tuvieran medicamento sobrante en su casa, posteriormente en un rango de 15 días se visitó a los pacientes en sus domicilios sin previo aviso, para verificar la toma de sus tabletas guiada de la marca que el médico puso, tomándose como “sí apegado al tratamiento” aquel paciente que hubiese tomado 80% o más de los hipoglucemiantes prescritos. Para determinar el control metabólico se tomó como estándar de oro el porcentaje de hemoglobina glucosilada. Los límites de control metabólico se establecieron como: adecuado, hemoglobina glucosilada menor a 9.2; regular de 9.3 a 10.3 y descontrolados de 10.4.

Los resultados que se obtuvieron fue que la edad promedio era de 60 ± 9 años, el índice de masa corporal tuvo un promedio de $30.1 \text{ kg/m}^2 \pm 6$ en los pacientes sin apego y de 29.6 ± 5 en los pacientes con apego. El 57% de la población tomaba otros medicamentos aparte de hipoglucemiante como los antihipertensivos y los analgésicos. La caminata con un 98% fue el ejercicio más frecuente y en el ejercicio físico sólo se obtuvo en un 44.5%. El apego al tratamiento farmacológico correspondió a 54%. De los 140 pacientes el 49.2% que se apegaban al tratamiento usaban plantas medicinales, sustituyendo o disminuyendo la dosis del medicamento. Los factores de riesgo con una relación significativa para no apegarse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa, o menor y la falta de información sobre la enfermedad.

Las conclusiones son que el apego al tratamiento resultó bajo y que los factores relacionados con la falta del mismo son modificables con educación. Además de que un

factor propicio para el bajo apego fue la obesidad que padecían los pacientes, la falta de apego a la dieta, el ejercicio y las variables que podrían estar relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad.

Mientras tanto en otro estudio Jáuregui, Salmeron y Gómez (2002), tuvieron como objetivo de investigación desarrollar y aplicar un programa de intervención multidisciplinaria, en el que participaron diferentes profesionales de la salud, incidiendo en las 4 áreas del ser humano: cognoscitivo, psicomotor, afectivo y de comportamiento. El objetivo general fue que los pacientes se adhieran al tratamiento (tipo de dieta, ejercicio indicado y control de peso), con el propósito de que esta adhesión ejerciera control sobre el padecimiento. Las hipótesis fueron:

- Los pacientes del grupo experimental lograrían mayor adherencia al tratamiento.
- Los pacientes del grupo experimental alcanzarían un mejor control del padecimiento en comparación con el grupo control.

La muestra fue con pacientes diabéticos tipo II e hipertensos que tuvieron descontrol del padecimiento. La investigación fue confirmatoria y longitudinal con un diseño de dos grupos: experimental (n=55) y control (n=55), con mediciones dependientes (antes y después) e independientes (intergrupos) y con dos evaluaciones de seguimiento, uno a los cuatro meses y otro a los nueve meses. La información acerca del cumplimiento en la dieta y el ejercicio se obtuvo en interrogatorio directo de cada sesión. Para determinar el control de peso se utilizó el índice de masa corporal. Para los tipos de obesidad se tomaron en cuenta los criterios de Chiprut y colaboradores. Para el rango de normalidad considerado para la presión arterial sistólica fue de 120 a 139 mm Hg y el de la diastólica de 70 a 89 mm Hg.

En la glucosa capilar el rango de normalidad fue de 80 a 110 mg/dL, clasificándose como patología moderada el rango de 111 a 140 mg/dL y patología alta las cifras mayores de 140 mg/dL. El material utilizado fue un proyector de acetatos y diapositivas, video casetera, grabadora, casete de música instrumental, báscula para personas de hasta 160 Kg, cintas

métricas flexibles, dos esfigmomanómetros, dos estetoscopios marca Adex, un equipo de tiras reactivas para medición de glucosa en sangre capilar y un reloj con segundero. Posteriormente se tuvo una sesión con el personal médico, enfermeras y trabajadoras sociales, para sensibilizarlos y concientizarlos de los beneficios de la aplicación de un programa de intervención multidisciplinario a los pacientes.

A los médicos se les solicitó, además, que remitieran a los pacientes con estas patologías al departamento de Trabajo Social y que colaboraran como ponentes en las pláticas educativas, quedando como equipo de trabajo un médico titular, un médico interno, dos trabajadoras sociales, una enfermera, dos pasantes de psicología y una psicóloga responsable del programa. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control.

La intervención multidisciplinaria se realizó durante 6 meses con sesiones semanales para cada grupo, con dos sesiones de seguimiento: la primera a los 4 meses y la segunda a los nueve meses después de la intervención. Durante el programa a ambos grupos se les impartió pláticas educativas; la intervención psicológica (variables independientes) sólo fue aplicada al grupo experimental. La intervención se centró en el cambio de creencias en relación con las conductas de adherencia (dieta, ejercicio y control de peso), creencias acerca de la causa del padecimiento, de la percepción de control del mismo, de la capacidad de cumplir con las indicaciones médicas, de la expectativa del tratamiento, del locus de control, así como de la adquisición de habilidades para las conductas de auto cuidado: autocontrol de emociones y auto monitoreo de las variables fisiológicas indicadoras del padecimiento (presión arterial y glucosa capilar).

La base teórica para el estudio fue el enfoque cognoscitivo-conductual, por la importancia que éste designa a los principios de aprendizaje en el intento de modificar el comportamiento, en el modelo básico de cambio de creencias (terapia racional de Ellis y Abrahms), además con los principios básicos del método de Gunther: autoregistro, autorefuerto, autovaloración y autocastigo, en el logro de la conducta de autocontrol. Las características de los pacientes del grupo experimental fueron: 29% hombres, 71% mujeres

con un rango de edad de 30 a 76 años, 25% cursaba con diabetes tipo II, 51% con hipertensión arterial esencial, 22% con diabetes tipo II e hipertensión arterial esencial y 2% con 3 padecimientos: diabetes tipo II, hipertensión arterial esencial y cardiopatía isquémica, 45% tenía entre 6 y 10 años de padecerlo.

En el grupo control, 20% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 80% al femenino con edades de 28 a 83 años, 31% presentó diabetes tipo II, 34% hipertensión esencial, 33% diabetes tipo II e hipertensión esencial y 2% tres padecimientos: diabetes tipo II, hipertensión esencial y cardiopatía isquémica y el tiempo de evolución fue de 11 a 20 años con 4%.

Los resultados fueron que el grupo experimental tuvo mayor adherencia al tratamiento, 98% de los pacientes siguió la dieta, 94% hizo ejercicio y 66% controló el peso; y un mejor control del padecimiento 95% de los pacientes controló la presión arterial sistólica, 93% la presión arterial diastólica y 41% la glucosa capilar, estos resultados se mantuvieron durante la fase de seguimiento (9 meses).

Las conclusiones son que la intervención psicológica aplicada solamente al grupo experimental (modificación de creencias, control de las emociones y autocuidado) marcó la diferencia en los resultados, al facilitar la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento.

5.2.6. Factores familiares

- Incompatibilidad por parte de personas allegadas al paciente con respecto a creencias, valores, actitudes, estilo de vida, etc. en relación al programa de tratamiento de paciente.
- La familia se mantiene al margen de participar, contribuir en el control metabólico y del tratamiento en general del paciente con diabetes.
- Conflictos familiares.
- En cuanto a prevención se refiere, existe poca posibilidad de incorporar en forma

anticipada a otros miembros de la familia que son portadores de riesgo asociados a padecer diabetes.

Una parte de la investigación que hace evidente la existencia de factores familiares, es un estudio realizado por Méndez, Gómez, García, Pérez y Navarrete (2004) cuyo objetivo fue identificar la asociación que existe entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo II. Mediante un estudio prospectivo, transversal y comparativo abierto, en el cual se estudiaron 300 pacientes diabéticos tipo II en una unidad de medicina familiar 77 del IMSS en Ciudad Madero, Tamaulipas, entre el 1 de Marzo de 2001 y el 31 de Octubre de 2002, donde se evaluó la funcionalidad familiar con un cuestionario (apgar familiar) para estimar la funcionalidad familiar, considerando como criterios de inclusión que fueran menores de 60 años, pertenecieran a una familia nuclear y con evolución de la enfermedad menor de 10 años, además se evaluó el grado de conocimientos sobre la diabetes.

Para valorar la funcionalidad familiar, los pacientes se distribuyeron en dos grupos: uno con funcionalidad familiar (150 pacientes) y otro con disfunción (150 pacientes), considerando funcionalidad familiar se obtuvo un resultado del apgar entre 7 y 10 y disfunción familiar fue entre 0 y 6.

Se contempló dos niveles del grado de control, indicador construido al agrupar las cifras de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y tensión arterial en una sola variable compleja, así mismo se analizó la edad, sexo y grado de conocimientos de la enfermedad. Se utilizó estadística descriptiva como promedios, desviación estándar y porcentajes. Para evaluar la asociación del grado de funcionalidad familiar y grado de control, se utilizó la χ^2 con un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados obtenidos fueron que el grupo con funcionalidad familiar 74% correspondió al sexo femenino, en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad 39.2% tenía menos de 5 años y 60.8% de cinco a diez años. En el grupo identificado con funcionalidad familiar 64% (96 pacientes) obtuvo una calificación menor de 60 en comparación con el grupo de disfunción familiar, donde 92% obtuvo menos de 60 que en el grupo identificado con

funcionalidad familiar, 36% de los pacientes obtuvo una calificación mayor a 60 en una escala de 0 a 100, en comparación con el grupo disfuncional donde sólo 8% obtuvo una calificación mayor a 60, 80% de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras que sólo 56% de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características. Concluyendo que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia al descontrol en el paciente diabético.

5.2.7. Factores socio-culturales

- En muchas ocasiones los contextos en los que el paciente se desenvuelve, brindan al individuo una explicación de las posibles causas de la enfermedad, de su curso, de la interpretación de los síntomas, de su posible solución, de la responsabilidad en la misma, etc. Lo cual podría ir en contra de las indicaciones médicas.
- Rechazo social debido al tratamiento y sus consecuencias.
- Los contextos en los que deben ocurrir las nuevas conductas son los mismos que hacían adecuadas las anteriores.
- Escolaridad baja.
- Costumbres y tradiciones.
- Religión.

5.2.8. Factores que involucran la relación personal clínico-paciente

- La información que proporciona el personal clínico (médicos, enfermeras, etc.) no siempre es la suficiente, ni clara para el paciente.
- El personal de salud suele ser menos positivo cuando se atienden casos de enfermedades crónicas, lo cual provoca emociones negativas en los pacientes.
- El personal pocas veces atiende al estilo de vida de los pacientes.
- No siempre se proporciona retroalimentación adecuada al paciente sobre los problemas surgidos, ni el modelado de las conductas requeridas.
- No siempre es suficiente la supervisión por parte del médico, el cual, además, casi no conoce al paciente.

- El personal no tiene conocimiento acerca de las estrategias de modificación de conducta para entrenar al paciente a seguir el tratamiento.
- Desconfianza del paciente hacia la capacidad del personal.
- Corta duración de las consultas que no permite una adecuada evaluación y, por ende, adecuadas indicaciones.

5.2.9. Factores organizacionales

- Programación de citas médicas inadecuada o difícil de seguir. Grandes distancias hacia los recursos asistenciales.
- Problemas de transporte.

5.2.10. Factores personales

- Estado civil, lo cual puede ser un factor relacionado al apoyo social.
- Aparición de complicaciones nuevas y que no están directamente relacionadas con la enfermedad.
- Recursos económicos para cubrir los gastos relacionados directa o indirectamente con el tratamiento.

Como hemos podido ver, existen muchísimos factores que pueden interferir con la adecuada adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Además, es evidente que la mayoría de estos factores están relacionados con problemas de índole psicológico, entre éstos se encuentran los factores cognitivos, emocionales, conductuales, familiares, socio-culturales y de relación entre el personal de salud y el paciente y que, además, estos factores pueden presentarse algunos de manera conjunta o de manera aislada en el paciente, dependiendo siempre en la manera en como lleve a cabo su control de salud, alimentación, calidad y estilos de vida, puesto que a mayor cuidado, mayores y mejores años de vida, sin dejar de lado la adherencia terapéutica, podemos concluir que el logro de esta misma es un requisito que de cumplirse viene a resolver notables problemas de salud en la población, además de tener importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud.

Sin dejar de prestar especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, particularmente, desde el campo de la Psicología de la Salud, puesto que esta disciplina es la que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, y a pesar de todos los cuestionamientos, interrogantes y desafíos que presenta este problema de la adherencia terapéutica, así como de las inevitables limitaciones que pueda tener su esclarecimiento en la actualidad, es una necesidad el emprender estudios relativos a esta línea, ya que las aportaciones estarían basadas en la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y al perfeccionamiento de la práctica médica.

CAPÍTULO 6

6. PAPEL DEL PSICÓLOGO

Como se ha venido mostrando en los capítulos anteriores, la enfermedad de la diabetes mellitus tipo II no sólo concierne al paciente como tal, sino también al personal médico y psicológico que lo atiende. El papel que juega el psicólogo para una adecuada adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo II es trascendental, ya que deben ponerse en práctica los conocimientos científicos de la psicología general en diferentes ámbitos específicos como el de la salud, el social, etc. así mismo, su trabajo debe ser a nivel individual tanto con pacientes como con el personal de la salud, y a nivel grupal tanto con los familiares del paciente como con la sociedad en general. Finalmente, el psicólogo deberá realizar funciones de muchos tipos como son: intervención, planeación, evaluación, investigación, etc. El propósito de este capítulo es mencionar cuál es el papel fundamental del psicólogo con la población diabética, así como los que se encuentran en su contexto, destacando las técnicas que emplea, sus niveles de prevención y la descripción detallada de un instrumento diseñado especialmente para los pacientes con diabetes tipo II.

El trabajo que el psicólogo puede realizar con el personal médico, consiste en entrenarlo para que éste sea capaz de dar explicaciones claras a los pacientes acerca de qué es la enfermedad y cómo llevar a cabo el tratamiento adecuado, así mismo para aclarar las dudas y malentendidos que tenga el paciente.

Si el médico avanza hacia otras formas de percibir situaciones problema cuestionando los presupuestos de su propia práctica, tomará en cuenta que la forma de dar los diagnósticos deberá consistir en un nuevo repertorio de conductas, aproximándose a un entendimiento más penetrante del paciente. Las personas no pueden controlarse mediante intervenciones directas como si se trataran de objetos y atentando contra su naturaleza, la forma como el medio influye en ellas es provocando, inquietando, desafiando, dando impulsos o estímulos más que instrucciones u órdenes fuera de contexto, además como efecto de su historia, cada paciente tendrá facilitaciones o inhibiciones que le harán responder de manera diversa ante

desafíos como lo es la diabetes (Viniegra, 2006).

En este sentido, Brannon & Feist (2001) indican que el médico suele sentirse poco preparado para ayudar a los pacientes, a manejar sus reacciones de cuando no tienen una adecuada adherencia al tratamiento. Este déficit de los médicos hace evidente, también, la necesidad que se tiene de la intervención del psicólogo tanto con el personal médico como con los pacientes.

En lo que respecta al trabajo con los pacientes, en específico, los psicólogos deben tener en cuenta que las personas reciben un gran impacto cuando se les da el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II, esto es principalmente porque tal diagnóstico implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y la propia persona debe asumir nuevas responsabilidades (Lerman, 1994).

Algunos de los requisitos para la adherencia al tratamiento de los pacientes, es que éstos tengan una participación activa, debe aprender una serie de habilidades más o menos complicadas, desde la manipulación de jeringas hasta la mezcla de diferentes menús, los cuales exigen un cambio de hábito o rutinas cotidianas ya establecidas y gratificantes, es por lo cual que la adherencia terapéutica consta de tomar continuas decisiones sobre las dosis de insulina, los alimentos y el ejercicio según los niveles glucémicos.

Para seguir los tratamientos médicos se necesita al menos conocimiento, uso y disponibilidad de criterios válidos de evaluación de la glucemia, indicadores analíticos y conductuales fiables acerca de las condiciones propioceptivas (síntomas, ansiedad), y ambientales (falta o exceso de alimentos, ejercicio o errores en la medicación) competencias necesarias para realizar el autocontrol de glucemia (tomar muestras de sangre, manipulación del instrumental, lectura y evaluación de la glucemia), información acerca de las posibles alternativas de ajustes glucémicos y competencia para su correcta ejecución (consumir ciertos alimentos), disponibilidad de recursos (comida, insulina), habilidades sociales y asertividad para afrontar respuestas ambientales no facilitadoras (invitaciones a comer, sorpresas ante la insulina), toma de decisiones retroinformación sobre la eficacia de su actuación y beneficios para el auto cuidado (apoyo social y clínico).

Es importante mencionar que la educación para la salud relacionada con los aspectos descritos anteriormente, es impartida por personal médico y tradicionalmente sólo trata de informar al paciente acerca de qué es la enfermedad y cómo se debe controlar, pero no existe una adecuada motivación y entrenamiento para cambiar los estilos de vida que permitirán sobrellevar de mejor manera la enfermedad. Es por ello que el psicólogo debe trabajar con el paciente sobre estos aspectos (Buela, Caballo y Sierra, 1996; Viniegra, 2006).

Por ello el psicólogo al tratar que el paciente se adhiera a las prescripciones médicas, debe tomar en consideración que la persona se desmotivará totalmente porque para ella todo lo que hacía anteriormente se verá obstruido por la diabetes, en muchos casos lo ven como un problema sin solución debido a la falta de información o a la mala información que podrían tener. Pero el papel que juega el psicólogo es revertir todos estos pensamientos de las personas diabéticas, al momento de darles la información clara y precisa de qué es la enfermedad, motivándolos en todo momento a que el hecho de tener la diabetes no es impedimento de realizar una vida normal como cualquier persona, sino que tendrían que verlo como una forma diferente de estilo de vida, que a largo plazo hará que los síntomas de la diabetes no se presenten o tengan un retardo mayor, preponderando así una comodidad de la persona con diabetes y de las personas que se encuentran conviviendo alrededor suyo.

El asesoramiento psicológico va a depender, en gran medida, de la actitud que la persona tenga ante la información de la enfermedad y la educación recibida, Además de que el psicólogo según Taylor (1986; en Castañeda, 1996) puede desempeñar sus funciones en distintas áreas de estudio y de aplicación, como son los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud, aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, impacto en las instituciones sanitarias y sobre el comportamiento de los pacientes desarrollando recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción con el paciente, con los profesionales y el sistema sanitario.

Mientras que Weinman (1990; en Castañeda, 1996) señala que el psicólogo dentro de la psicología de la salud se centra en el estudio teórico y aplicado de los comportamientos como factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud mediante los comportamientos, las cogniciones acerca de la salud-enfermedad, la comunicación, toma de decisiones y el afrontamiento de la enfermedad y de incapacidad, así como el medio ambiente en que se realiza el tratamiento.

En la actualidad, el trabajo multidisciplinario de los psicólogos de la salud consiste en definir y clarificar líneas generales de accionar en los diferentes niveles preventivos con el propósito de coordinar las acciones, optimizar los recursos y evitar duplicidad de esfuerzos (Seligson y Reynoso 2000). El papel del psicólogo de la salud es que el sujeto enfermo aprenda a afrontar su enfermedad y para ello requiere de 3 elementos principales que son:

- Contar con información de su enfermedad de manera general y particular, es decir, curso, pronóstico y tratamiento, complicaciones, reacciones, medicamentos, síntomas y limitaciones.
- El enfermo debe aprender a tener la sensación de control sobre el medio o sobre las reacciones ante el tratamiento a través del uso de técnicas derivadas de la terapia conductual (relajación, manejo de contingencias y detención del pensamiento).
- El enfermo debe tener un soporte social que ayude a su terapia y a sus cuidados generales (Seligson y Reynoso, 2000).

Realizando el psicólogo una investigación longitudinal en el área de estilos de vida y enfermedad con el objetivo de identificar las relaciones funcionales generadoras de padecimientos, como la detección de personas de riesgo para desarrollar acciones de prevención primaria de la enfermedad, mediante el desarrollo de programas educativos en sujetos sanos y sujetos que forman parte de la población en riesgo.

Para la American Psychological Association, las atribuciones del psicólogo de la salud son:

- La identificación precoz de personas en situación de riesgo en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.

- El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables considerando las cuestiones ambientales.
- La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permiten una buena calidad de vida.

Al terminar una previa evaluación y antes de iniciar un plan terapéutico específico, se debe realizar una estrategia de comunicación e información sencilla para el paciente, donde la indicación proporcionada sea clara y veraz. También existen factores sociales, ambientales y económicos que están fuera del control del propio paciente, todos esos aspectos lo mantienen preocupado y se deben considerar. Educar al paciente sobre aspectos de su tratamiento es una tarea laboriosa y complicada. Además comunicar el conocimiento no es suficiente para transformar a un individuo hacia una cultura de autocuidado, se requiere una metodología educativa que permita el cambio de actitud en el paciente y favorezca el cambio que le permita conocer más sobre su enfermedad.

Para esto son importantes los grupos de autoayuda, ya que tienen como objetivo la autogestión por parte del paciente, con el propósito de educarlo para que contribuya a modificar en forma positiva los factores de riesgo asociados a diabetes mellitus (Melchor, 2003).

Puede decirse que el psicólogo de la salud aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano de importancia para la salud y la enfermedad con el *propósito de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir en los distintos contextos en que puedan manifestarse*. Además los profesionales de la salud deben conocer y respetar el consentimiento informado, con el fin de posibilitar en los usuarios una decisión libre, responsable e informada en la utilización de algún método o tratamiento y también deben aprender que no todo lo que se puede hacer se debe hacer (Salguero, Torres y Ortega, 2000).

6.1. Técnicas que emplea el psicólogo con los diabéticos

Los conocimientos que el psicólogo tenga acerca de su propia disciplina, deben complementarse con un repertorio amplio de información objetiva acerca de la enfermedad, esto involucra, entre otras cosas, conocimiento del comportamiento alimenticio, de la actividad física, de las situaciones estresantes para los pacientes. Empleando en todo momento, como estrategia, sistemas de observación y registro. Además de que sólo mejora la adhesión al tratamiento de las personas diabéticas cuando el autocontrol es utilizado no como una tarea adicional del programa del diabético, sino como un método preciso para realizar los ajustes necesarios del tratamiento (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

En la búsqueda de nuevas aportaciones de la psicología al estado y al tratamiento de la diabetes, después del diagnóstico, se debe valorar la adherencia al tratamiento conductual y el criterio de valoración se centrará en aspectos de control clínico. Así, en el momento inicial del diagnóstico cabe tener en cuenta, antes de que la persona empiece a realizar el aprendizaje de las variables del tratamiento, si se encuentra ante un estado de ansiedad elevado o estado depresivo, que pueda obstaculizar el aprendizaje de la administración de insulina, lugares de pinchazo, conocimientos de la dieta a seguir, controles capilares, información sobre el ejercicio, entrenamiento de la detección de hipoglucemias y cómo actuar, cuidado de los pies, qué hacer en momentos de enfermedades agudas, etc.

La evaluación en este nivel puede realizarse mediante una entrevista clínica, haciendo referencia a qué pensamientos están produciéndose, qué emociones o sensaciones físicas se están dando y qué conducta se desencadena como consecuencia de las 2 variables anteriores. En general, los aspectos esenciales a evaluar son: cómo ha vivido los síntomas previos al diagnóstico, cómo los percibió y de qué pensó que se trataba; cómo recibió el diagnóstico, qué sintió y qué está sintiendo actualmente; cuáles eran sus creencias respecto a la enfermedad; qué temores pueden estar surgiendo en el momento actual; qué expectativas tiene respecto, cómo puede ser su evolución (este punto es mejor conocerlo cuando a la persona ya se le han explicado los puntos básicos de cómo ha de llevar a cabo el tratamiento y una vez que los haya puesto en práctica); qué objetivos estaba llevando a

cabo antes del diagnóstico, pues es necesario que no se abandonen tales objetivos (para lo cual será necesario que el tratamiento se adapte a su estilo de vida en lo que sea posible); cómo está llevando la familia el diagnóstico, qué nivel de autonomía tiene la persona con respecto a su familia, qué roles están establecidos, cómo han reaccionado y afrontado sucesos anteriores en la familia, cómo es la comunicación familiar; conocer si la persona lleva a cabo una vida social activa o no, ya que el apoyo social es una de las variables asociadas a un mejor control de la enfermedad; evaluar las habilidades sociales incluyendo la asertividad; cómo se ha enfrentado a otros problemas para ver qué tipo de estrategias de afrontamiento ha puesto en marcha; qué significado le da actualmente a la enfermedad en sí; dónde sitúa el lugar de control de la enfermedad, para observar cuál es la actitud que está en juego; en la actualidad una de las variables de más interés a valorar en la enfermedad crónica, es la autoeficacia pues ha demostrado un efecto positivo en los cambios de comportamiento (esto puede realizarse mediante preguntas abiertas o registro); conocer si detecta las hipoglucemias o si ha necesitado ayuda externa para detectarlas y actuar para remontarlas (Peralta, 2003).

Además de la entrevista, Ginarte (2001) menciona que para la evaluación de la adherencia se han propuesto diversos métodos como autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, instrumentos para medir el estilo de vida, tal es el caso de los cuestionarios FANTASTIC y Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos y las evaluaciones del médico (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Sin embargo, métodos utilizados para evaluar la adherencia de los tratamientos, tales como las autoobservaciones, entrevistas conductuales, análisis funcionales para identificar conductas concretas y las variables que las mantienen, etc. pueden presentar una escasa confiabilidad y validez, y pueden ser apoyados por pruebas médicas como son la glucosuria que determina la glucosa en orina con sólo impregnar una tira reactiva indicada por un cambio de color, pero sólo informa los niveles elevados y los niveles por debajo del umbral renal; la glucemia mide la glucosa en sangre y su principal inconveniente es que el proceso puede resultar doloroso, al requerir pinchar la yema de los dedos para la obtención de la gota de sangre impregnando el reactivo; la hemoglobina glucosilada proporciona la

cantidad de glucosa en la circulación sanguínea entre las 6 y 8 semanas previas al análisis.

Así, de modo complementario, en la entrevista conductual, los registros de conducta y las pruebas médicas se recoge información acerca de habilidades y déficit en relación al cumplimiento y auto manipulación de cada condición de tratamiento, las rutinas cotidianas para operativizar las conductas a implantar o eliminar que constituyen los objetivos de la intervención. De este modo, en cada sesión, psicólogo y paciente deben establecer metas concretas de cambios haciendo referencia a la condición particular de cada individuo, sus recursos y las condiciones facilitadoras o entorpecedoras derivadas de su estilo de vida o de su ambiente (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

6.2. Niveles de prevención

El psicólogo como se ha venido viendo, tiene varias herramientas que puede utilizar en momentos de la intervención con los pacientes que se basan en procedimientos, técnicas e instrumentos dirigidos a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que interviene, pero también puede utilizar niveles de prevención que propone el modelo de salud a nivel primario, secundario, terciario y cuaternario ya sea para prevenir la enfermedad o para ayudar al paciente a vivir con ella (Seligson y Reynoso, 2000).

a) NIVEL PRIMARIO

Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales, así como las conductas de las personas que afectan negativamente su salud a corto, mediano y largo plazo, promoviendo conductas favorecedoras de la misma y evitando la aparición de problemas, interviniendo a nivel comunitario o a grupos específicos de alto riesgo. Previene la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención.

b) NIVEL SECUNDARIO

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos que no se han percibido con la prevención primaria, tratando de identificarlos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes. Son acciones que impiden la enfermedad o el daño, pero sobre una población que posteriormente ya se asignó como población de riesgo. Se organiza como un programa con objetivos y métodos definidos que no sólo se estancan en la información, incluyendo el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

c) NIVEL TERCIARIO

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores, y con los trastornos crónicos el objetivo es reducir o disminuir los efectos negativos de éste, tratando de mejorar la calidad de vida de las personas. Con lo cual se ponen en práctica acciones de rehabilitación.

d) NIVEL CUATERNARIO

Es la intervención que se hace cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad y ha sido tratado con el resultado de curación dependiendo del tipo de enfermedad. Se basa en la prevención de recaídas en la clínica.

Estos niveles de intervención pueden ser de forma (individual, grupal, familiar, comunitario e institucional).

6.3. Instrumento utilizado para la atención de la diabetes mellitus tipo II

En los últimos años muchos psicólogos, inmersos dentro del campo de la salud, se han dado a la tarea de elaborar distintos procedimientos y métodos para poder tratar a la población diabética en cuanto a su adherencia al tratamiento, a continuación se describirá una investigación llevada a cabo por Abarca (2004) para lograr la creación de un manual dirigido a profesionales en Psicología para la atención de la Diabetes Mellitus tipo II. Con el cual se permitió visualizar las necesidades atencionales de las personas diabéticas,

mediante los resultados que se obtuvieron al darle un especial énfasis al tema del apoyo social desde diferentes perspectivas de intervención en el padecimiento de la diabetes.

A partir del año 2000 se comenzaron a gestar los trabajos de Mejía y Umaña (2000; en Abarca, 2004) que establecen una propuesta de intervención desde la psicología basada en el modelo Cognitivo-Conductual emocional orientada a la reducción del peso. Investigación desarrollada en el nivel de atención individual, dando resultados de cambio perdurables en el tiempo. Una investigación realizada por Cuenca y Leiva (1994; en Abarca 2004) da un paso más allá en la labor de las anteriores investigaciones, donde proponen una intervención desde este mismo modelo, pero dando énfasis en la reducción del estrés para que de esa forma se lograra una mayor adherencia a los tratamientos, con lo cual se obtuvieron logros importantes ya que una mayor y mejor adherencia se da a través del control y reducción del estrés.

Otra variante de esta investigación (Cuenca y Leiva) con respecto a las anteriores, es la propuesta desde la Psicología cognitiva-conductual para que el paciente participe de una forma más activa en su proceso de atención, esto dado a través de la creación de un Manual de Autoayuda, el cual se basa en la necesidad de la interdisciplinariedad para hacerle frente de una forma correcta y eficaz, sin dejar de lado que la participación más activa en la intervención de la enfermedad ha de ser de quien la padece.

Por último, y al lado de esta investigación surge la de Abarca (2004) que viene a ser un complemento de lo mostrado por Cuenca y Leiva (2004), elaborando un Manual de intervención dirigido a profesionales en Psicología desde el modelo cognitivo-conductual, el cual demuestra el avance en el nivel investigativo, en cuanto a enfermedades crónicas específicamente en la diabetes mellitus tipo II. Dicho estudio realizado por primera vez en Psicología, utilizando una modalidad de terapia grupal y llevado a cabo fuera del Valle Central en una clínica no descentralizada (Orotina), llamó la atención por la elaboración de un manual que por sus características y alcances da una visión de la relevancia de la psicología cognitiva-conductual, así como de la gran necesidad que hay de la inserción del

psicólogo no sólo en esta área, sino también en el nivel de la salud pública y en zonas que se encuentran desprovistas de este tipo de profesionales.

El objetivo general de la investigación fue crear un Manual cognitivo-conductual emocional dirigido a psicólogos, para facilitar la adherencia al tratamiento en personas que presentan diabetes mellitus tipo II que viven en zonas alejadas del Valle Central, los objetivos específicos fueron recopilar y sistematizar información sobre las principales necesidades atencionales del nivel cognitivo y emocional, que se presentan y afectan la adherencia al tratamiento de personas con diabetes mellitus tipo II; determinar los cambios en el estilo de vida que pueden resultar más recomendables para la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II; establecer los contenidos teórico conceptuales correspondientes a los niveles cognitivo-conductual emocional, que se deben incluir en un manual que promueva la adherencia al tratamiento, proporcionar los procedimientos y técnicas más adecuadas para la creación de un manual cognitivo conductual.

Fue un estudio de tipo experimental y la población que se utilizó atañe a personas con diabetes mellitus tipo II de Orotina (Costa Rica) que asiste a la clínica del Seguro Social (28 personas divididos en 2 grupos: 14 formaron el grupo experimental que fueron expuestos a la aplicación del manual y 14 al grupo control). La variable independiente fue la aplicación del manual cognitivo-conductual emocional dirigido a psicólogos, para la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II y la variable dependientes fueron la adherencia al tratamiento medida a través del control metabólico (peso, presión arterial, y glucosa), ante la ausencia de un tests de adherencia que haya sido estandarizado para la población fue necesario recurrir al control metabólico como forma de medición. Los instrumentos que se utilizaron como medición fue el examen de glucosa pre-prandial, la romana y el esfigmomanómetro. Los aspectos cognitivo-conductuales emocionales fueron evaluados a través de autorregistros que evaluaban el seguimiento de la dieta, uso adecuado de los medicamentos y actividad física. El diseño experimental propuesto es el de Pre-prueba y Post-prueba con un grupo control. La utilización en el estudio de dos grupos: uno experimental y un grupo control.

Durante la fase pre-experimental existió un contacto con la institución, revisión bibliográfica para la elaboración del manual, entrevistas a personas con diabetes mellitus tipo II y entrevistas a familiares de los pacientes. En la fase experimental se tuvo la aprobación por parte de profesionales en las diferentes áreas (psicología, trabajo social, medicina y enfermería) y la validación del mismo en una muestra de la población a la que estaba orientada la aplicación. Para la datación de la información se utilizó el programa de cómputo de estadística para ciencias sociales (SPSS), en el análisis de los resultados, al ser un diseño de tipo experimental se procedió a desarrollar las comparaciones con pruebas T ($p < 0.05$) tanto intra como inter grupo, es decir, comparaciones de dos grupos (experimental y control).

Después de haber revisado la literatura se estableció que dentro del manual, los aspectos básicos que deben recibir los pacientes con diabetes mellitus tipo II son saber generalidades sobre la diabetes; factores psicosociales y estrés; apoyo social y participación familiar; nutrición; actividad física; medicación y factores de riesgo asociados; autocuidado; relación entre alimentación; actividad física y glicemias; prevención detección y tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas; cuidado dental; cutáneo y de los pies; beneficios y riesgos para lograr un mejor control metabólico; cuidados en preconcepción y embarazo; utilización de los sistemas de salud y estrategia para cambiar de conducta; comportamiento; lograr establecer los objetivos personales con respecto al tratamiento y estrategias para lograr una mejor resolución de conflictos en la vida diaria.

Siguiendo estos elementos se procedió a la creación del manual considerando 3 partes: formación teórica básica acerca del tema a tratar, una guía de trabajo para el grupo de atención y una guía de técnicas de intervención terapéutica desde el área cognitivo-conductual. Dentro del manual se contemplaron 8 ejes temáticos: generalidades de la enfermedad, posibles padecimientos derivados de la diabetes mellitus tipo II, técnicas conductuales para prevenir complicaciones, manejo adecuado de medicamentos, nutrición, actividad física, aspectos del pensamiento y el papel de la familia en la atención de la diabetes mellitus tipo II. Este manual está basado en 3 grandes áreas que son: la Psicología de la Salud, la Medicina Conductual y la Psicofisiología.

En la Psicología de la Salud se da en la búsqueda de mejoras en las políticas de salud, con el trabajo desarrollado permite a un psicólogo en un periodo relativamente corto propiciar una mayor adherencia a los tratamientos en personas con diabetes mellitus tipo II, que, a su vez, es una prevención de futuras complicaciones que surgen por la inadecuada atención de la enfermedad. En el área de la Medicina Conductual corresponde a una de las formas en las que la psicología ha tratado de vincularse con el área de la enfermedad física, o sea, su campo es dirigido principalmente al tratamiento de la enfermedad.

El manual consta de 6 módulos que contienen diferente número de sesiones y en cada una se incluye una guía de actividades, con sus respectivos tiempos de duración.

- **Módulo 1:** Brinda información y estrategias de intervención acerca de la enfermedad y sus generalidades, y en la segunda sesión se empieza a introducir el tema de la modificación conductual.
- **Módulo 2:** Permite conocer los diferentes tipos de medicamentos que consumen las personas con diabetes mellitus tipo II.
- **Módulo 3:** Propicia un acercamiento hacia la nutrición, incrementando la modificación conductual.
- **Módulo 4:** Aborda la actividad física y el estrés.
- **Módulo 5:** Se orienta a trabajar de forma directa en los aspectos cognitivos y emocionales.
- **Módulo 6:** Se brinda información básica acerca de la concepción de familia desde el modelo cognitivo-conductual emocional.

La aplicación del manual ha sido propuesta para desarrollarse en forma grupal, ya que Buela, Caballo y Sierra (1996) mencionan que el hecho de que varios sujetos compartan entre sí sus experiencias e inicien un proceso de modificación conductual y cognitiva, al mismo tiempo, puede resultar un factor motivante y reforzador positivo en sí mismo. Para brindarle una mayor riqueza al manual se seleccionaron pensamientos automáticos, creencias irracionales, pensamientos distorsionados los cuales fueron clasificados e insertados a lo largo del manual para permitirle al profesional tener un acercamiento con las

posibles cogniciones. El manual se encuentra contemplado para dos modalidades diferentes, una para reunión grupal una vez por semana y la otra modalidad de dos sesiones semanales, separadas como mínimo dos días una de la otra.

Los resultados obtenidos por sexo para el grupo control fue de (7 F y 6 M). Y en el grupo control experimental (9 F y 5 M). En la distribución de sujetos por edad en el grupo control (4 rango de 40-49 años, 4 rango de 50-59 años, 6 rango de 60-69 años y 0 de rango de 70 años) y en el grupo experimental (3 para el rango de 40-49 años, 9 de 50-59 años, 1 de 60-69 años y 1 para el de 70 años). Los resultados de la pre-prueba T entre grupos fue (glucosa 0.515, peso 0.644, presión sistólica 0.647 y presión diastólica 0.22). Y los resultados para la pre- prueba entre grupos durante la intervención fue de (glucosa 0.339, peso 0.284, presión sistólica 0.012 y presión diastólica 0.15) y para la post- prueba los datos fueron (glucosa 0.457, peso 0.322, presión sistólica 0.011 y presión diastólica 0.11). Los resultados obtenidos de la prueba T intra-grupos (experimental y control) análisis pre y post fueron: Grupo experimental (glucosa, 0.045, peso 0.000, presión sistólica 0.0215, presión diastólica 0.442) y para el grupo control (glucosa 0.246, peso 0.171, presión sistólica 0.197 y presión diastólica 0.248).

En cuanto al tema de los descensos si bien se mantiene la discrepancia estadística basada en el hecho de que el grupo experimental sí la logra mientras que el control no, el descenso de este último se mantiene, sin embargo no llega a ser significativo, pues ésta se da entre la pre-prueba y la fase de intervención pero no se mantiene en la post- prueba, hecho que marca la presencia de una posible extinción de los cambios logrados en la primera parte del proceso de validación. El grupo experimental contó con un verdadero apoyo social, que fue dado a través del manual, el que generó la apertura de vías de comunicación con diferentes entes de posible acompañamiento: la clínica, profesional encargada de la aplicación del manual, los familiares de los pacientes así como los mismos miembros del grupo con quienes se encontraba.

Otro elemento de gran importancia en el nivel de apoyo social fue el proceso de aprendizaje de la enfermedad, que se llevó a cabo a través de la creación y aplicación del manual, pues desde las primeras entrevistas fue posible notar que una de las principales preocupaciones

de los diabéticos era que no sabían a ciencia cierta qué es su padecimiento. Por lo cual Figuerola (1999; en Abarca, 2004) menciona que los profesionales en salud deben asegurarse que el paciente dispone de ciertas vías de comunicación, plantear con el paciente objetivos a corto, mediano y largo plazo, asegurarse de que comprende qué es lo que tiene, qué realizar en su tratamiento, dar la información de manera que el paciente la comprenda, motivar al paciente sobre los éxitos que va alcanzando y asegurarse de que la familia sepa sobre del padecimiento del paciente con diabetes mellitus tipo II.

A modo de conclusión, el manual para la atención de la DM2 muestra la gran necesidad de formar a quienes laboran en los sistemas de salud públicos de nuestro país, desde esta profesión para que se involucren de manera más activa en la atención de este tipo de padecimientos, buscando los elementos vitales para que la atención sea acertada. También el manual refleja; a través de su aplicación, cómo existe falta de información y participación de las diferentes disciplinas, así como la inclusión del paciente dan pie a la incertidumbre, a las creencias irracionales y a los temores que impiden, en un momento dado, a que las personas con diabetes mellitus tipo II logren una adecuada adherencia a sus tratamientos.

También el manual promueve la creación, fortalecimiento y búsqueda de redes de apoyo social, en las que la teoría consultada indica que beneficia directamente a la adherencia al tratamiento, así como el mantenimiento de los cambios. Desde la aplicación del manual promovió mejoras significativas entre los sujetos del grupo experimental tanto intra como inter grupos. El solo hecho de ser tomado en cuenta en un proceso de atención directa para la diabetes mellitus tipo II, incentiva a las personas a adherirse a sus tratamientos y, por último, al formar tanto al paciente como a su familia, no sólo se promueve una mayor adherencia al tratamiento, sino también se propicia la búsqueda de mejores patrones de interrelación y prevención para que otros individuos no desarrollen la enfermedad.

CAPÍTULO 7

7. MODELOS TERAPÉUTICOS UTILIZADOS PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En el capítulo anterior se planteó cómo el psicólogo puede ayudar a los pacientes diabéticos mediante las diferentes técnicas con las que cuenta, pero dentro de esas técnicas hay que mencionar que utiliza diferentes modelos para lograr la adherencia terapéutica en los pacientes, ya que actualmente esta variedad de modelos psicológicos en el área de la salud intentan evaluar, describir e incluso predecir en las personas enfermas, los comportamientos de riesgo con respecto a la salud-enfermedad. Y fue a partir de la década de los 70's que surgió el interés para el desarrollo de las investigaciones sobre la prevención de comportamientos de riesgo relacionados con la salud, donde el propósito fundamental de estas investigaciones era analizar las relaciones existentes entre el comportamiento y la salud, tomando mayor importancia en la prevención de conductas relacionadas con la enfermedad dentro de un sistema de carácter preventivo que curativo, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (Rubio, Márquez y Santacreu, 1997; Simón, 2000). Es por eso que en este capítulo el objetivo será describir los modelos más usados por los psicólogos para la adherencia terapéutica, así como sus características y el análisis sobre dos de esos modelos (modelo conductual y el modelo cognitivo-conductual).

Para Zaldivar (2006) las acciones encaminadas a elevar la adherencia terapéutica, han sido una tarea difícil y han dado lugar a distintos modelos clásicos, con el fin de lograr un impacto positivo en las intervenciones dentro del marco conceptual de la psicología de la salud. Uno de los primeros modelos centró su atención en factores situacionales o de personalidad, con lo que dan prioridad a aquellos elementos relativamente estables y por tanto difíciles de modificar.

7.1 Modelo Operante

Otro modelo utilizado es el modelo Operante, éste hace hincapié en las consecuencias que siguen a un comportamiento, las conductas se emiten o se mantienen por el efecto que provocan. Focalizado en los estímulos ambientales para elicitación de la acción. Este modelo fue propuesto por Skinner (1938; en Reynoso y Seligson, 2005) partiendo de la base de que la conducta de un organismo se determina por la interrelación entre éste y el ambiente. La conducta de un organismo se encuentra regida por las consecuencias de la misma. Cuando un comportamiento (rechazo del tratamiento) va seguido de alguna recompensa (atención), o consigue eliminar alguna situación desagradable (prescripción médica) se observa un aumento en su frecuencia. Es por eso que cuando un comportamiento (adhesión al tratamiento) va seguido de alguna recompensa (felicitaciones, premios) consigue eliminar alguna situación desagradable (pérdida de recompensas), se observa el aumento en la frecuencia (Benedito, 2001).

Los modelos operantes (reforzamiento operante) gozaron de gran popularidad, sobre todo por su relativa eficacia en relación con los modelos de personalidad, pero a la larga estos últimos resultaron insuficientes para explicar el proceso de la adherencia terapéutica (Zaldívar, 2006).

En otras investigaciones se han presentado como alternativa, y en vista de que factores situacionales como el estrés y la presión social condicionan a una alimentación inadecuada que afectan a la adherencia, los programas incluyen además de un componente de entrenamiento conductual, entrenamientos para habilitar al paciente a resolver problemas (Brannon & Feist, 2001).

7.2 Modelo Conductual

Un modelo más que se utiliza es el Conductual que representa la forma más efectiva, eficaz y eficiente para promover y mantener la adhesión al tratamiento, además brinda habilidades pertinentes a los diabéticos para el adecuado cumplimiento de todas o de forma específica algunas de las condiciones del tratamiento, utilizando como procedimientos el proporcionar

señales y claves para conductas específicas, adaptar el régimen del tratamiento a las necesidades específicas del paciente, elaborar contratos que definan contingencias en caso de cumplimiento o incumplimiento, práctica gradual de las conductas a implantar en fases sucesivas y empleo del modelado (aprendizaje por imitación, obteniendo cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos), refuerzo diferencial en el entrenamiento de nuevas conductas, economía de fichas, extinción o retirada de atención, refuerzo positivo, coste de respuesta y tiempo fuera o aislamiento (Benedito, 2001). Este tipo de terapias de conducta dan un énfasis considerable a los principios del aprendizaje como base para la adquisición y modificación de la conducta inadaptada, es decir, el comportamiento en general y el inadaptado también es básicamente aprendido, razón por la cual pueden aspirar a modificar casi toda la conducta indeseable.

El *planteamiento teórico* de este modelo es aceptar las variables mediacionales entre estímulo y respuesta que conlleva a aceptar la existencia de constructos hipotéticos, no directamente observables que pueden desencadenar las respuestas observables. Es preciso que estas variables sean sometidas a una rigurosa operacionalización y cuantificación. Su tipo de metodología es mediante la observación directa y sistemática, calificaciones conductuales y autoinformes.

Este modelo tiene múltiples orígenes pero el más aceptado ha sido el de Wolpe (1958; en Reynoso y Seligson, 2005), el cual señala que la terapia conductual o terapia del condicionamiento es el uso de principios establecidos del aprendizaje, con el propósito de cambiar conductas desadaptadas, de modo que los hábitos inadaptivos son debilitados y eliminados, mientras que los adaptativos son reforzados. Por lo cual es factible definir a la terapia conductual como la aplicación de principios derivados del análisis experimental de la conducta, a fin de provocar cambios de conducta en situaciones aplicadas. La terapia conductual comprende una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente sobre el aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptativa. También hace uso del conjunto variado de procedimientos clínicos, cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica.

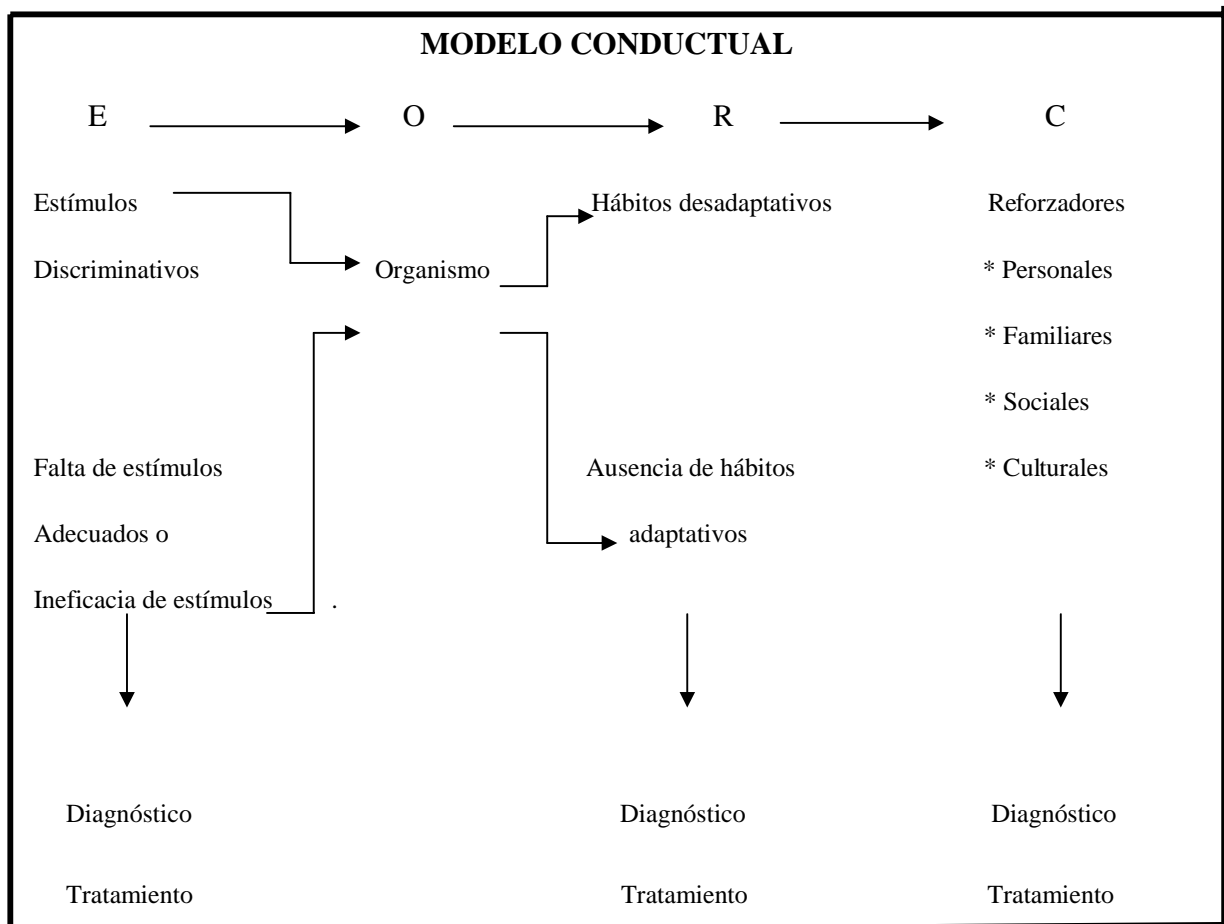
Algunas de sus premisas básicas son:

- 1.- Se concentra en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.
- 2.- Las conductas de desadaptación son adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida.
- 3.- Establece que el medio ambiente puede influir en las personas.
- 4.- Los principios psicológicos, en especial los de aprendizaje, pueden ser efectivos en la modificación de la conducta desadaptativa.
- 5.- Especifica claramente la definición de los objetivos de tratamiento (la finalidad es ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con su funcionamiento).
- 6.- El terapeuta adapta su método de tratamiento al problema del paciente.
- 7.- Se asume que cualquier técnica clasificada bajo el rótulo de terapia conductual, ha sido sometida a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.
- 8.- El análisis funcional de la conducta debe (identificar las situaciones que precedieron a los hechos actuales y determinar qué tipo de tratamiento es el adecuado para cambiar la conducta del paciente en la forma más deseada). Las 3 premisas fundamentales son:
 - a) ¿Cuál es el comportamiento inadecuado?
 - b) ¿Qué es lo que mantiene el comportamiento inadecuado?
 - c) ¿Cómo puede cambiar ese comportamiento?
- 9.- Obtiene datos específicos de la conducta del sujeto.
- 10.- Se evalúa en el medio ecológico-natural.
- 11.- Da importancia de la información que proporcionan los contextos familiares, escolares, comunitarios y sociales.
- 12.- Provoca un cambio en la tasa, frecuencia de aparición y forma de comportamiento (respuesta) como función de cambios ambientales.

Este modelo se basa en la teoría del aprendizaje, donde toda enfermedad psiquiátrica puede interpretarse como una alteración de la conducta generada por la adquisición de hábitos desadaptativos, o, dicho de otra manera, de hábitos que fracasan en lograr el ajuste del organismo a la situación real que enfrenta. Los llamados síntomas, en el modelo médico y

mecanismos de defensa anormales, en el psicoanalítico son denominados en el modelo conductual como hábitos o respuestas orgánicas desadaptativas.

Su fórmula epistémica es “E-O-R-C” (estímulo, organismo, respuesta, consecuencia), el cual implica que toda respuesta depende de la acción de un estímulo (o conjunto de ellos) específico (discriminativo), sobre el organismo y que toda respuesta habrá de provocar una consecuencia en el entorno que rodea al sujeto, consecuencia o respuesta del ambiente que, a su vez, influye en el proceso de aprendizaje de la respuesta orgánica emitida. Ésta aumentará su probabilidad de repetición en la próxima oportunidad si la consecuencia es de gratificación o premio y la disminuirá si representa un castigo (aprendizaje) (Skinner, 1975; en Perales, 1992). (Véase Cuadro 2)



Cuadro 2. Las respuestas desadaptativas o la ausencia de respuestas adaptativas ante estímulos adecuados (falta de aprendizaje), constituyen “el verdadero trastorno” que el terapeuta de la conducta intentará resolver (Tomado de Perales, 1992).

Una de las virtudes del modelo conductual es su apego a la metodología científica de investigación y la exigencia explícita de someter a experimentación sus postulados teóricos. Hay que resaltar la actitud científica de B. F. Skinner (no siempre bien entendida) al expresar su decisión de no trabajar con la variable O (organismo) del esquema, por considerar que el investigador está imposibilitado de evaluar y mensurar objetivamente la información introspectiva aportada por el sujeto en estudio, por no ser ella susceptible de observación directa.

Los programas conductuales hacen un especial énfasis en la investigación de procedimientos de evaluación, adecuados tanto en parámetros físicos como del estilo de vida del sujeto incluyendo: autoinformes, autoobservaciones, entrevistas conductuales, y análisis funcionales para identificar conductas concretas y las variables que las sustentan, pero un problema que puede presentarse es la escasa fiabilidad y validez que ofrecen los registros de los pacientes especialmente en la dieta y en las rutinas cotidianas. En la entrevista conductual y registros de comportamiento se recoge información acerca de habilidades y déficit en relación al cumplimiento y auto manipulación de cada condición de tratamiento, las rutinas cotidianas para operativizar las conductas a implantar o eliminar que constituyen los objetivos de la intervención. En cada sesión se establecen metas concretas de cambios haciendo referencia a la condición particular de cada individuo, sus recursos y las condiciones facilitadoras o entorpecedoras derivadas de su estilo de vida o ambiente (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Las características de la perspectiva conductual son:

- ❖ **Objetividad:** El modelo conductual se basa en la objetividad y la experimentación, centrándose en fenómenos objetivos, en relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta.
- ❖ **Los principios del aprendizaje como base teórica:** La conducta psicopatológica consiste en hábitos desadaptativos que han llegado a condicionarse a ciertos tipos de estímulos. Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal y son generados de acuerdo con las leyes y principios del aprendizaje. El

tratamiento de la conducta anormal, debe basarse en la aplicación de los propios principios del aprendizaje para extinguir las conductas indeseables.

- ❖ **Rechazo del concepto de enfermedad:** El modelo conductual no asume la existencia de causas subyacentes a los síntomas y rechaza el concepto de enfermedad. Entiende que el concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento.
- ❖ **Aproximación dimensional:** El modelo conductual rechaza la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos del modelo médico. No cabe la etiquetación de la conducta anormal, ya que entiende que la clasificación de la conducta anormal debe hacerse según dimensiones en las que se sitúan los diferentes individuos. La conducta anormal se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente. La normalidad implica el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos (dimensiones).
- ❖ **Relevancia de los factores ambientales:** Considera que la causa de los trastornos comportamentales obedece a factores ambientales que se han ido condicionando a través de toda la experiencia del individuo.
- ❖ **Teoría científica:** Ofrece explicaciones parsimoniosas sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal, sus variables han sido definidas de forma objetiva y operacional y las hipótesis pueden ser contrastadas empíricamente (siendo verificadas o rechazadas).
- ❖ La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- ❖ La intervención psicoterapéutica conductual reside en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta a fin de modificar ésta.
- ❖ La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- ❖ El estudio del “sujeto conductual” consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.

- ❖ La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingenciales actuales (Ruiz, 1993).

Por otra parte, el modelo conductual tiene *ventajas* como: la difusión desde la teoría del aprendizaje ha permitido la explicación de muchas conductas y ha promovido muchas investigaciones, creación de instrumentos con gran rigor metodológico, vinculación de evaluación- tratamiento, eficaz y más económico en determinados tratamientos, el influjo que ha tenido en las corrientes psicológicas y el que aprende sólo tiene que concentrarse en metas claras y es capaz de responder con rapidez y automáticamente cuando se le presenta una situación relacionada con esas metas.

Sus *limitaciones* son: simplificar la conducta, se ignoran aspectos de la vida psíquica y procesos cognitivos, los resultados favorables están en relación inversa a la complejidad del problema, es reduccionista y el que aprende podría encontrarse en una situación en la que el estímulo para la respuesta correcta nunca ocurre, por lo tanto el aprendiz no responde. Una *crítica* al parecer, la más importante, es que este modelo deja de lado aspectos importantes que influyen en el aprendizaje como son la atención, la percepción y la memoria.

Existen diversas formas de aproximarse al tratamiento del paciente diabético, dependiendo del tiempo de evolución, de las condiciones generales del mismo y de la evaluación conductual que previamente debe realizarse.

La primera condición es que el paciente deberá adherirse al régimen terapéutico que se le prescriba. Toma de medicamentos hipoglucemiantes o el inyectarse insulina, además de llevar un mejor estilo de vida. La evaluación conductual podría mostrar que este tipo de pacientes requiere de trabajar aspectos de asertividad y habilidades sociales para aprender a decir “NO”. Por otra parte, la diabetes genera estrés, el cual complica la enfermedad por lo que los componentes del manejo del estrés, son parte importante de un programa conductual de intervención. Otro punto a destacar, es que en muchas de las ocasiones los pacientes hacen lo posible por seguir el tratamiento médico esperando que cuando sea la visita al doctor los estudios médicos obtengan buenos resultados, pero en ocasiones esto no

es así si no todo lo contrario, ocasionando en el paciente una depresión por los malos resultados de sus estudios, por lo cual muchos pacientes abandonan el tratamiento y presentan recaídas. De esta forma la depresión se torna un problema cíclico en este tipo de pacientes (Fisher, 2001; en Reynoso y Seligson, 2005).

Los programas de afrontamiento para los pacientes diabéticos se enfocan a trabajar sobre el manejo del estrés, pero también debieran manejar asertividad y depresión, así como desarrollar estrategias de solución de problemas y educar a paciente y familiares a desarrollar estilos de vida saludables, ya que como se sabe los hijos de un paciente diabético son sujetos de riesgo que deben desarrollar estilos de vida sanos para evitar la aparición de la enfermedad.

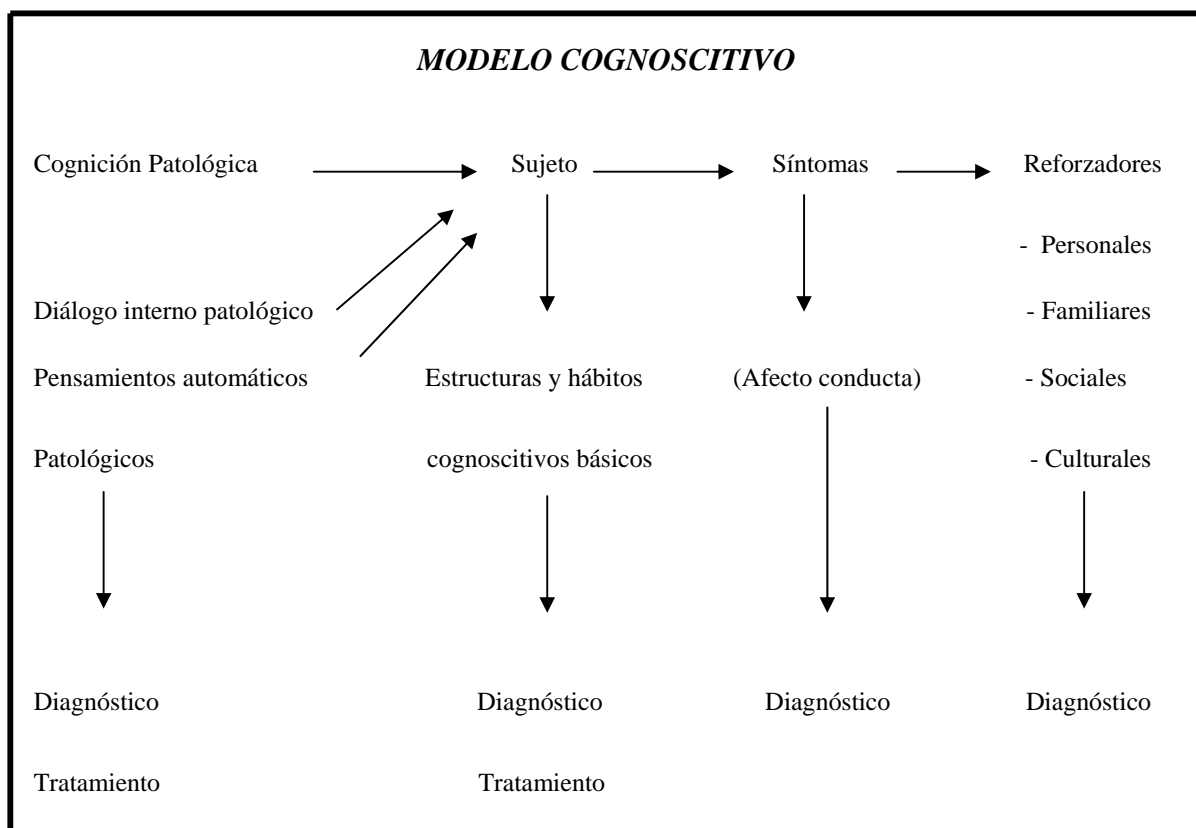
Con lo mencionado, podemos decir que el modelo conductual ha tenido gran impacto en la psicología, puesto que ha impulsado la experimentación científica y el uso de procedimientos estadísticos. Su más importante logro es que ha podido cambiar el propósito principal de la psicología hacia la solución de verdaderas problemáticas, relacionadas con la conducta humana.

Durante los años setenta comienza a cuestionarse la insuficiencia de los modelos conductuales, basados exclusivamente en el condicionamiento y es entonces cuando aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales.

7.3 Modelo Cognitivo Conductual

Los modelos Cognitivos-Conductuales en la actualidad acaparan el interés de los investigadores y teóricos, como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia terapéutica; basándose en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, se basa en hallazgos de investigación, y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento. Su fórmula epistémica del modelo cognitivo-conductual es A-B-C (acontecimientos, cognición y consecuencia). El modelo Cognitivo- Conductual de terapia se originó en 1955 gracias a la aportación de

Albert Ellis y su “Terapia Racional Emotiva Conductual” (asume que la gente aprende a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida, que el aprendizaje y cambio cognitivo se presenta antes de las reacciones emocionales, y que los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante confrontar las ideas y creencias de las personas), luego se amplió y profundizó a partir de 1962 con Aarón T. Beck y su “Terapia Cognitiva” (parte del concepto esencial de cognición, que implica la manera idiosincrática como cada ser humano integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad y el cotejo automático con experiencias pasadas. La significación específica que el individuo otorga a su realidad externa e interna en circunstancias específicas) (Heman y Oblitas, 2005). (Véase Cuadro 3).



Cuadro 3. El ser humano primero elabora cogniciones y como consecuencia, siente (conducta afectiva) para ulteriormente actuar (conducta expresada). La conducta, está determinada por las cogniciones que la preceden (Tomado de Perales, 1992).

El objetivo diagnóstico de este enfoque se orienta a la elucidación de las cogniciones patológicas de los pensamientos automáticos y del diálogo interno alterado en juego. En lo terapéutico el uso de técnicas cognoscitivas específicas permite al sujeto, luego de identificar los elementos que activan sus sentimientos y eventualmente su conducta neutralizarlos o corregirlos, donde una vez neutralizados los estímulos cognoscitivos, el circuito se rompe y el síntoma se extingue.

Sus *presupuestos teóricos* se basan en explicar la conducta del sujeto considerando los procesos (transformaciones de las estructuras) y las estructuras cognitivas (esquemas, componentes que constituyen en unidades funcionales y organizadas). Además, se interesa por los procesos intermedios cognitivos. Su metodología es experimental y con un pluralismo metodológico.

Sus *ventajas* son: proliferación de modelos y acumulación de datos empíricos y abordaje de la inteligencia, retomando los procesos mentales superiores. Sus *críticas* recaen en poseer una terminología inflada y poco precisa, con respecto a baterías de evaluación infantil supone un tiempo elevado de ejecución y problemas de objetivación y generalidad.

El modelo Cognitivo-Conductual está ampliamente difundido y es respetado por la investigación y por sus resultados, por lo cual es el modelo más elegido y presentado en los Congresos Internacionales además de que se utiliza preferentemente para el tratamiento especializado de muchos trastornos. Los principales trastornos que trata son la ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, depresión, disfunciones sexuales, estrés, ira, problemas de pareja y trastornos de alimentación (Perales, 1992).

Las características más importantes que siguen este modelo son:

- Se va directamente a la resolución del problema y a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los “orígenes” para lograr los resultados.
- Las terapias incluyen tareas a realizar entre sesiones.

- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el tratamiento es más breve, en comparación con otras corrientes.

Los objetivos del tratamiento Cognitivo-Conductual son:

- Ofrecer a sus pacientes estrategias que les lleven a alcanzar sus metas y a crear un motivo para comportarse de una forma más saludable.
- Como consecuencia, movilizar su energía en busca de ese cambio de conducta que les beneficia.
- Entrenan a los pacientes para que tengan más control sobre su vida, ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor.
- Y finalmente tener el cambio a largo plazo (Heman y Oblitas, 2005).

En el modelo Cognitivo-Conductual se aplica una amplia variedad de técnicas terapéuticas basadas en distintos modelos conceptuales, como la terapia racional emotiva, técnicas de solución de problemas, técnicas de aproximaciones de autocontrol y técnicas de condicionamiento encubierto. El común denominador entre ellas es el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, y en cierto compromiso en la utilización de procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio (Reynoso y Seligson, 2005).

Dentro de este modelo el primer paso en el proceso de cambio involucra el entrenamiento al paciente para observar sus propias conductas. Todas las formas de terapia involucran al paciente a autoexplorarse o lo entrenan a la autovigilancia de conductas y cogniciones. Este periodo de recolección de datos permite al terapeuta y paciente definir el problema y formular posibilidades terapéuticas. El segundo proceso del modelo Cognitivo-Conductual es el de *traslación*, donde el terapeuta responde selectivamente a los enunciados declarativos del paciente, hace preguntas, se dejan tareas y se dan explicaciones, lo que alienta al paciente a reconstruir los problemas discutidos.

El terapeuta le enseña al paciente sus propios constructos y éste progresivamente comienza

a interpretar eventos y experiencias en términos de los constructos teóricos aprendidos. Posteriormente se debe establecer una relación de colaboración entre paciente y terapeuta para trabajar en conjunto, identificando e interpretando los datos pertinentes para alcanzar la conceptualización del problema. Cuando el paciente comienza a redefinir el problema, sus pensamientos a veces reflejan las viejas formas de ver las cosas y a veces las nuevas, es por eso que los pacientes deben aprender a ejecutar nuevas conductas que en ocasiones son muy complejas, en situaciones donde tal comportamiento habría sido inhibitorio previamente. La relación entre el cambio cognitivo y el cambio conductual parece ser compleja e interactiva: el cambio conductual positivo promueve cambio cognitivo positivo y viceversa.

Las tareas de la siguiente fase son para solidar los cambios, promover la generalización encontrando fundamentos para mantenerlos, ya que la forma en como el paciente interpreta los cambios que ha tenido van a influir sobre el grado en que éstos se generalicen y se mantengan. La idea en si es que el paciente perciba los cambios significativos en el curso de sus actividades cotidianas y no sólo frente al terapeuta. También aprenden a utilizar sus pensamientos e imaginación para regular formas efectivas de afrontamiento. Cambian lo que decían de sí mismos anteriormente como consecuencia del entrenamiento conductual, de modo que las estructuras cognitivas del paciente, los estilos habituales de pensamiento y las autoafirmaciones son transformadas.

Según Meichenbaum y Cameron (1979; en Reynoso y Seligson, 2005) la terapia induce cambios en la conducta, en las cogniciones autorreguladoras y en las estructuras cognitivas; donde el reto es especificar las operaciones clínicas que deben promover esos cambios de manera efectiva y eficaz.

7.3.1. Modelo de Creencias de Salud y Modelo de la Teoría de la Acción Razonada

Dentro del modelo Cognitivo-Conductual está el modelo de Creencias de Salud y el de la Teoría de la Acción Razonada siendo los de mayor empleo. El primero ha sido el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud, originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en Psicología Social del

departamento de Salud Pública Norteamericano, dirigidos por Hochbaum (1958; en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades.

Además este modelo es considerado adecuado para precedir el cumplimiento con la medicación porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción (Kirscht y Rosenstock, 1979; en Ginarte, 2001), además plantea que los individuos presentarán una adecuada adherencia si poseen los niveles necesarios de motivación e información relevantes para la salud, se perciben a sí mismos como vulnerables o en posibilidad de enfermar, perciben a ésta como algo potencialmente grave o amenazante, están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar la amenaza o la enfermedad, encuentran o perciben como sencillas las medidas para llevar a cabo las prescripciones, aunque no hay que dejar de lado que a este modelo, aunque es utilizado en la investigación y en el trabajo de intervención de la adherencia terapéutica, se le señalan importantes problemas metodológicos, así como limitaciones teóricas en su concepción (Vargas y Robles, 1996).

Años más tarde, Rosenstock (1966; en Latorre y Benert, 1992) desarrolló y amplió este modelo, el cual fue modificado después por Becker y Maiman (1975; en Latorre y Benert, 1992) llegando a la conclusión de que es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa, lo que hace referencia a que en el ámbito de la salud el valor será el deseo de evitar la enfermedad, mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso. Este modelo tiene como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables. Dentro de este modelo las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado *la percepción de amenazas contra la salud* y, por otro lado, *las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas*, considerando estas mismas, a su vez, otras variables.

La percepción de amenaza contra la salud está formada por:

- a) **Valores generales para la salud:** Las personas deben considerar que poseer una buena salud es una característica primordial de las personas.
- b) **Percepción de vulnerabilidad:** Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar, en el caso de estar ya enfermo corresponde a la aceptación del diagnóstico, y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.
- c) **Percepción de la gravedad:** Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas. La percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad en su conjunto pueden considerarse como “percepción de amenaza”.

Por otro lado, las características que le dan origen a las *creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza* se relacionan con:

- 1.- **Percepción de beneficios:** son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.
- 2.- **Percepción de los costos de acción o barreras:** hace referencia a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que tendrá por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.
- 3.- **Creencia en la eficacia de los medios concretos:** Son aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993; Latorre y Benert 1992; Roa) (Véase Figura 4).

De modo complementario el modelo de Creencias de Salud se basa principalmente en 3 premisas:

- La creencia de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia - percepción de que uno es vulnerable a ese problema.
- La creencia - percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

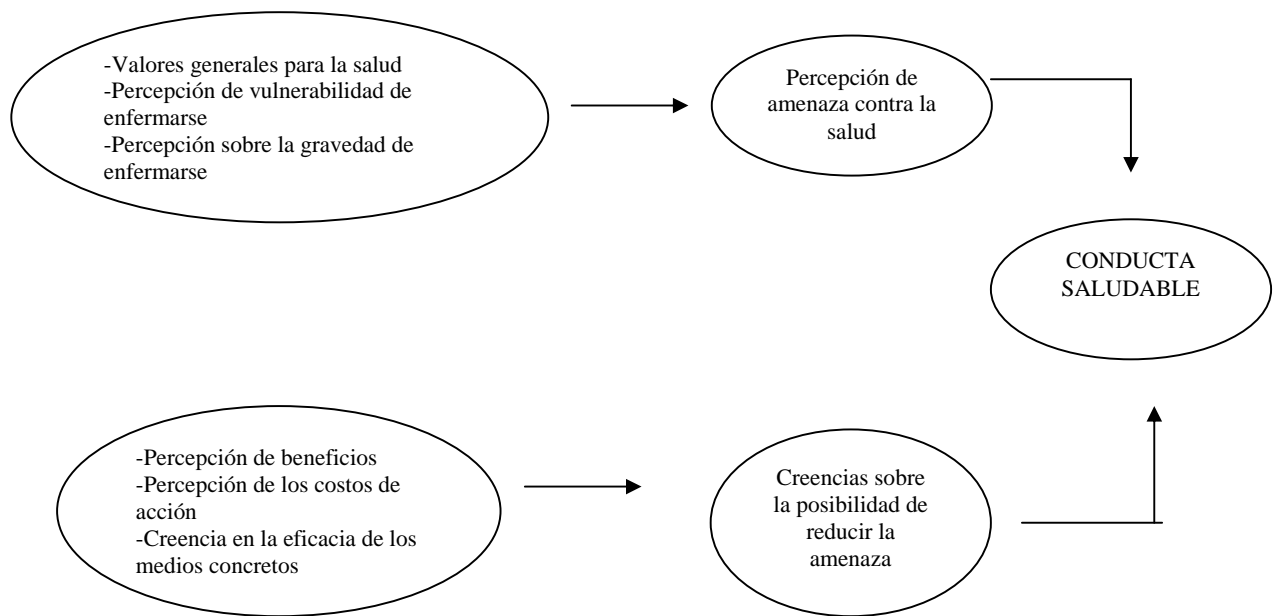


Figura 4.

Diagrama del Modelo de Creencias de Salud

En el modelo presentado por la Teoría de la Acción Razonada, propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen, tiene sus inicios en 1967, dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual a su vez se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento, en relación a obtener determinados resultados (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993; Latorre y Benert, 1992; Roa).

Además en este modelo se presta una atención priorizada a los determinantes de la conducta en el que se presenta a la intención como el determinante más inmediato. Las variables tomadas en cuenta son la identificación y medición de la conducta (adherencia),

se trabaja en los factores que determinan la intención (creencias conductuales), y la valoración que el individuo hace de esos resultados (creencias normativas) (Zaldívar, 2003).

Fishbein y Ajzen (1967; en Latorre y Benert, 1992) con el modelo de la Acción Razonada intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Mencionando que una conducta saludable es el resultado directo de la **intención comportamental**, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la **intención** que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Esta **intención comportamental** estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y el otro que es reflejo de la influencia social (norma subjetiva).

Las **actitudes** hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen, a su vez, de la **percepción de las consecuencias**, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados.

La **norma subjetiva** se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las **valoraciones sociales** que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

En síntesis, el modelo de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance, entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva) (Véase Figura 5).

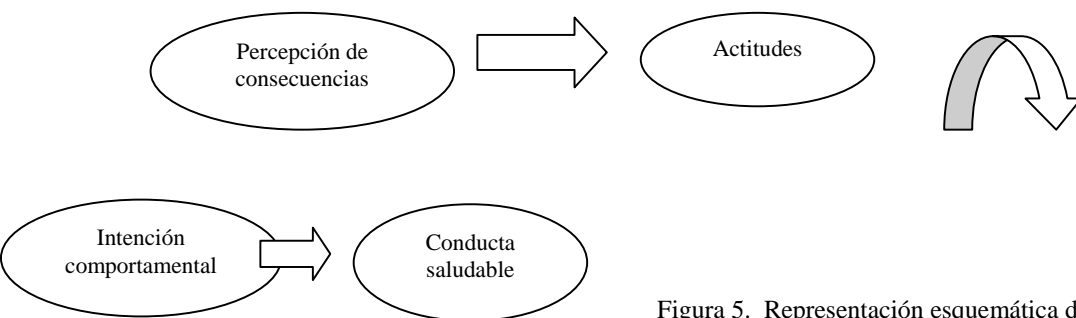
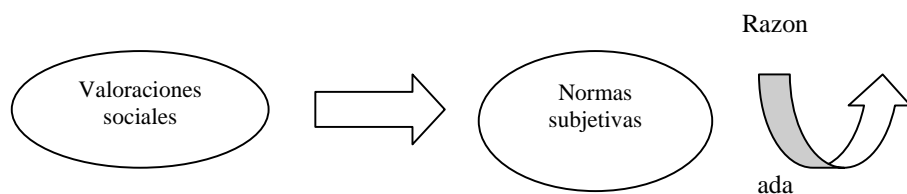


Figura 5. Representación esquemática del Modelo de la Acción



Para Enríquez y Sánchez (2004; en Libertad y Grau, 2004) este modelo dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona, la intención representa un compromiso del individuo para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, provisto que se dé en ciertas condiciones; entre éstas, que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por si solo puede explicar conductas preventivas.

No obstante, existen ciertas limitaciones por parte de cada uno de los modelos; por ejemplo éstos son sólo representaciones parciales de la realidad; han hecho del ser humano un ser individual debido a que no contemplan el contexto cultural y social de algunas conductas saludables; estos modelos por tanto no han tomado en cuenta los diferentes estadios de desarrollo del individuo, sin olvidar que la salud por su naturaleza misma es un constructo multidimensional y, por lo tanto, al mencionar esto implica el que la psicología abra sus puertas al campo de las implicaciones multidisciplinarias.

En general, los programas que se elaboran para que los pacientes se adhieran a los tratamientos tienen como objetivo que éstos mismos tengan un cumplimiento de las prescripciones y lograr que autorregulen las condiciones de tratamiento para mantener dentro de la normalidad los niveles de glucemia. Pero no hay que dejar de tomar en consideración, que el modelo que mejor explica la génesis de una patología *es el que ofrece mejores posibilidades de intervención con el uso de sus técnicas propias.*

En algunas ocasiones, dependiendo del caso a tratar existe la posibilidad y necesidad de una integración de modelos y de técnicas de intervención, lo cual no es algo que pueda hacerse al azar, puesto que requiere de conocimientos y de afinado arte clínico-terapéutico, más aún, ahora que el concepto de trabajo en equipo se ha generalizado en psiquiatría, para lo cual se requieren modelos integradores que permitan la interacción de los diversos roles profesionales y técnicas terapéuticas en beneficio del paciente.

7.4 Análisis de los modelos

Como se pudo observar con la descripción anterior de los modelos, los más usados para que la población diabética se adhiera a los tratamientos médicos, reside en los modelos Operante, Conductual y Cognitivo Conductual, los cuales se explicaron de manera amplia al inicio del capítulo, ya que poseen técnicas útiles y eficaces sobre este tipo de población.

A continuación se detalla en el cuadro No. 4 de manera puntual las diferencias y similitudes que tiene el modelo Conductual y modelo Cognitivo Conductual, haciendo énfasis en la eficacia y complementariedad para la adherencia al tratamiento.

MODELO CONDUCTUAL			MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL		
ORÍGEN	FÓRMULA EPISTÉMICA	OBJETIVO	ORÍGEN	FÓRMULA EPISTÉMICA	OBJETIVO
<p>-Wolpe (1958) establece que el uso de principios establecidos del aprendizaje son con el propósito de cambiar conductas desadaptadas.</p> <p>-Se provocan cambios de conducta en situaciones aplicadas.</p>	<p>-E-O-R-C (estímulo, organismo, respuesta y consecuencia) donde toda respuesta depende de la acción de un estímulo específico sobre el organismo, y toda respuesta habrá de provocar una consecuencia en el entorno del sujeto.</p>	<p>-Modificar la conducta inadaptada.</p> <p>-Ofrecer explicaciones parsimoniosas sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal.</p>	<p>-En (1955) debido a Albert Ellis y su "Terapia Racional Emotiva Conductual" (la gente aprende a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida, los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante la confrontación de ideas y creencia de las personas).</p> <p>- En (1962) con Aarón T. Beck y su "Terapia Cognitiva" (implica la manera idiosincrática como cada ser humano integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad).</p>	<p>-A-B-C (acontecimientos, cognición y consecuencia).</p>	<p>-Se orienta a la elucidación de las cogniciones patológicas de los pensamientos automáticos y del diálogo interno alterado en juego.</p> <p>-Con el uso de técnicas cognoscitivas, permite al sujeto neutralizar los estímulos cognoscitivos extinguiendo el síntoma.</p> <p>-Ofrecer estrategias a los pacientes para alcanzar sus metas y crear un motivo para comportarse de una forma más saludable.</p> <p>-Entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su vida cambiando sus estilos de vida, sustituyéndolos por otros que les funcionen mejor.</p> <p>-Brindar cambios a largo plazo.</p>

MODELO CONDUCTUAL			MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL		
PARTICULARIDAD	PLANTEAMIENTO TEÓRICO	PREMISAS	PARTICULARIDAD	PLANTEAMIENTO TEÓRICO	PREMISAS
<p>-Es la forma más efectiva, eficaz y eficiente para promover y mantener la adhesión al tratamiento.</p> <p>-Brinda habilidades.</p> <p>-Se basa en la teoría del aprendizaje.</p>	<p>-Acepta variables mediacionales entre estímulo y respuesta, no directamente observables que pueden desencadenar las respuestas observables.</p> <p>-Sus variables se definen de forma operacional y objetiva, y sus hipótesis pueden ser contrastadas empíricamente.</p>	<p>-Se concentra en la conducta de desadaptación.</p> <p>-El medio ambiente influye en las personas.</p> <p>-Especifica la definición de los objetivos de tratamiento.</p> <p>-El terapeuta adapta su intervención de tratamiento al problema del paciente.</p> <p>-Sus métodos son muy efectivos.</p>	<p>-Acapara el interés de los investigadores y teóricos para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia terapéutica.</p> <p>-Se basa en hallazgos de investigación.</p> <p>-Hace que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas.</p> <p>-Las personas aprenden nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento.</p> <p>-Esta ampliamente difundido y es respetado por la investigación y por sus resultados.</p>	<p>-Se basa en explicar la conducta del sujeto considerando los procesos y las estructuras cognitivas.</p> <p>-Se interesa por los procesos intermedios cognitivos.</p>	<p>-El ser humano primero elabora cogniciones y como consecuencia siente (conducta afectiva), para posteriormente actuar (conducta expresada).</p> <p>-Se entrena al paciente para observar sus propias conductas y cogniciones.</p> <p>-Traslación: el terapeuta responde selectivamente a los enunciados del paciente, hace preguntas, se dejan tareas y se dan explicaciones.</p> <p>-El terapeuta enseña al paciente sus propios constructos, éste progresivamente comienza a interpretar eventos y experiencias en términos de los constructos teóricos aprendidos.</p> <p>-Se establece una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, identificando e interpretando los datos para la conceptualización del problema.</p>

MODELO CONDUCTUAL			MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL		
PARTICULARIDAD	PLANTEAMIENTO TEÓRICO	PREMISAS	PARTICULARIDAD	PLANTEAMIENTO TEÓRICO	PREMISAS
		<p>- El análisis funcional debe tomar en cuenta situaciones que precedieron a los hechos actuales</p> <p>a) ¿Qué comportamiento es el inadecuado?</p> <p>b) ¿Qué es lo que mantiene el comportamiento inadecuado?</p> <p>c) ¿Como puede cambiar ese comportamiento?</p> <p>-Obtiene datos específicos de la conducta de la persona.</p> <p>-Se evalúa en el medio ecológico-natural.</p> <p>-Toma en cuenta el contexto familiar escolar, comunitario y social.</p> <p>-Provoca cambio en la tasa, frecuencia de aparición y forma de comportamiento.</p> <p>-Las respuestas desadaptativas o la ausencia de respuestas adaptativas ante estímulos adecuados, es el verdadero trastorno que el terapeuta deberá resolver.</p> <p>-Trabaja aspectos de asertividad, estrés, depresión, calidad, estilos de vida y habilidades sociales si se requiere.</p>	<p>-Es el modelo más elegido y el más presentado en los Congresos</p>		<p>-El terapeuta debe hacer que el paciente aprenda a ejecutar nuevas conductas.</p>

MODELO CONDUCTUAL			MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL		
CARACTERÍSTICAS DE LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL	VENTAJAS	METODOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS DE LA PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL	VENTAJAS	METODOLOGÍA
<p>-Se basa en la objetividad y la experimentación, es decir, entre los fenómenos ambientales y la conducta.</p> <p>-El tratamiento de la conducta anormal se basa en la explicación de los propios principios del aprendizaje para extinguir las conductas indeseables.</p> <p>-Rechaza el concepto de enfermedad y manifiesta que este concepto no es aplicable a los trastornos del comportamiento.</p> <p>-La conducta anormal se diferencia cuantitativamente de la normal pero no cualitativamente.</p> <p>-Los trastornos comportamentales hacen referencia a factores ambientales que se han ido condicionando a través de la experiencia del individuo.</p> <p>-La conducta puede ser manifiesta o encubierta</p>	<p>-Difusión desde la teoría del aprendizaje permitiendo la explicación de muchas conductas.</p> <p>-Ha promovido muchas investigaciones.</p> <p>-Creación de instrumentos con gran rigor metodológico.</p> <p>-Influjo en las corrientes psicológicas.</p> <p>-El individuo que aprende es capaz de responder con rapidez y automáticamente cuando se le presenta una situación que tenga relación a esas metas.</p>	<p>-Proporciona señales y claves para conductas específicas.</p> <p>-Adapta el tratamiento a las necesidades de la persona.</p> <p>-En cada sesión se establecen metas concretas.</p> <p>-Elabora contratos que definen contingencias.</p> <p>-Se práctica sobre las conductas a implantar.</p> <p>-Se utiliza el modelado, refuerzo diferencial, economía de fichas, extinción o retirada de atención, refuerzo positivo, coste de respuesta, tiempo fuera, autoinformes, autoobservaciones y análisis funcionales.</p>	<p>-Se va directamente a la resolución del problema y a la forma de lograr los resultados deseados.</p> <p>-En la mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los orígenes.</p> <p>-Si el paciente realiza las tareas entre las sesiones el tratamiento en más breve.</p> <p>-El paciente debe percibir los cambios significativos en el curso de sus actividades cotidianas y no solo frente al terapeuta.</p> <p>-El paciente aprende a utilizar sus pensamientos e imaginación para regular formas efectivas de afrontamiento.</p> <p>-La terapia induce cambios en la conducta, en las cogniciones autorreguladoras y en las estructuras cognitivas.</p>	<p>-Proliferación de modelos.</p> <p>-Acumulación de datos empíricos.</p> <p>-Aborda la inteligencia retomando los procesos mentales superiores.</p>	<p>-Se realizan entrevistas.</p> <p>- Es experimental y con un pluralismo metodológico.</p> <p>-Las terapias incluyen realizar tareas entre sesiones.</p> <p>-Se aplica una amplia variedad de técnicas terapéuticas basadas en distintos modelos conceptuales (terapia racional emotiva, técnicas de solución de problemas , técnicas de aproximaciones de autocontrol y técnicas de condicionamiento encubierto), para modificar las cogniciones del paciente.</p>

MODELO CONDUCTUAL			MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL		
LIMITANTES	CRITICA	PANORAMA GENERAL	LIMITANTES	CRITICA	PANORAMA GENERAL
<p>-Escasa fiabilidad y validez que ofrecen los registros de los pacientes (dietas y rutinas cotidianas).</p> <p>-Se ignoran aspectos de la vida psíquica y procesos cognitivos.</p> <p>-Los resultados favorables están en relación inversa a la complejidad del problema.</p> <p>-Es reduccionista.</p> <p>-La persona que aprende puede encontrarse en una situación en la que el estímulo para la respuesta correcta nunca ocurre por lo tanto la persona no responderá.</p>	<p>-Este modelo deja de lado aspectos que influyen en el aprendizaje como son la atención, la percepción y la memoria.</p>	<p>-El modelo Conductual ha tenido un gran impacto dentro de la psicología, ya que ha impulsado la experimentación científica, siendo que su mayor logro ha sido el cambio hacia la solución de verdaderas problemáticas relacionadas con la conducta humana.</p>		<p>-Posee una terminología inflada y poco precisa con respecto a baterías de evaluación (tiempo elevado de ejecución, problemas de objetivación y generalidad).</p>	<p>-El modelo Cognitivo-Conductual hace que la relación entre el cambio cognitivo y el cambio conductual parezca compleja e interactiva ya que el cambio conductual positivo promueve cambio cognitivo positivo y viceversa.</p>

Cuadro 4. Análisis Comparativo entre el modelo Conductual y Cognitivo Conductual

MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD						
OBJETIVO	ORIGEN	PARTICULARIDAD	PREMISAS	VARIABLE	FACTORES	LIMITANTES
-Para el ámbito de la salud es el deseo de evitar la enfermedad, mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso.	-Se desarrollo en los cincuentas por especialistas en psicología social dirigidos por Hochbaum (1958).	-Se utiliza en la explicación y promoción de las conductas de salud.	-Los pacientes tienen como creencia de que un problema de salud es importante para tenerlo en consideración.	-Influencia cognitiva sobre la conducta considerando que las creencias y las actitudes pueden llegar a determinar la puesta en práctica de conductas saludables.	-La percepción de amenazas contra la salud (las personas deben considerar que poseer una buena salud es una característica primordial, en el caso de estar ya enfermo corresponde a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad a nuevas enfermedades, sentimientos acerca de que tan serio puede ser el enfermar).	-Son solo representaciones parciales de la realidad.
	-Rosenstock (1966) desarrollo y amplió este modelo.	-Es adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad, gravedad percibida, la valoración diferencial, costos-beneficios y las claves para la acción.	-La creencia-percepción de que uno es vulnerable a ese problema.		-Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas (expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección, si los beneficios superan los costos el comportamiento saludable se presentará, habilidades que el sujeto posee para llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo).	-Han hecho del ser humano un ser individual debido a que no contemplan el contexto cultural y social de algunas conductas saludables.
	-Después fue modificado por Becker y Maiman (1975).	-Manifiesta que los pacientes presentaran una adecuada adherencia si poseen los niveles necesarios de motivación e información. -Los pacientes están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar la amenaza o la enfermedad, encontrando sencillas las medidas para llevar a cabo las prescripciones.	-La creencia-percepción de que una acción producirá un beneficio.			-No toman en cuenta los diferentes estadios de desarrollo del individuo.

MODELO DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA			
ORIGEN	PARTICULARIDAD	VARIABLES	LIMITANTES
-Martín Fisbhein e Icek (1967).	<p>-Concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente.</p> <p>-Establece que la intención de realizar o no una conducta es una especie de balance, entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe hacer.</p>	-Identificación y medición de la conducta (adherencia).	<p>-Son solo representaciones parciales de la realidad.</p> <p>-Han hecho del ser humano un ser individual debido a que no contemplan el contexto cultural y social de algunas conductas saludables.</p> <p>-No toman en cuenta los diferentes estadios de desarrollo del individuo.</p>

Cuadro 5. Análisis comparativo del modelo de Creencias de la Salud y la Teoría de la Acción Razonada

El modelo Conductual establece que el uso de principios establecidos en el aprendizaje son con el objetivo de cambiar las conductas desadaptadas, provocando cambios en la conducta durante diversas situaciones, mientras que en el modelo Cognitivo Conductual la gente aprende a reaccionar ante aquellas creencias irracionales que se desarrollaron durante su vida y los pensamientos irracionales que tiene, los puede cambiar a través de la confrontación de sus ideas. Además cada persona integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad.

En cuanto a su fórmula epistémica el modelo Conductual toma en cuenta al estímulo, al organismo, la respuesta y la consecuencia, donde la respuesta depende de la acción de un estímulo específico sobre el organismo y la respuesta provocará una consecuencia en el entorno de la persona; en cuanto a la fórmula del modelo Cognitivo Conductual, éste solo toma en cuenta los acontecimientos, la cognición y la consecuencia de las acciones de la persona.

El objetivo primordial del modelo Conductual es modificar la conducta inadaptada y ofrecer al paciente explicaciones sobre las causas y el tratamiento a seguir para las conductas anormales, mientras que el modelo Cognitivo Conductual tiene por objeto hacer que el sujeto neutralice los estímulos cognoscitivos para extinguir el síntoma, además de que entrena al paciente a comportarse de una manera más saludable. Teniendo más control en su estilo de vida, brindando cambios a largo plazo.

Lo más importante del modelo Conductual, según la literatura demuestra, es un modelo muy efectivo, eficaz y eficiente para promover y mantener la adhesión al tratamiento, ya que brinda al paciente habilidades que antes de la intervención no poseía puesto que se basa en la teoría del aprendizaje. En el modelo Cognitivo Conductual se explica e investiga todos los factores determinantes que tengan relación a la adherencia terapéutica teniendo como antecedente investigaciones posteriores. Además, este modelo hace que las personas realicen cambios de conductas alcanzando sus propias metas, aprendiendo nuevas formas de actuar, educando a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento. Cabe destacar que es un modelo muy respetado por su investigación y por sus resultados.

Con respecto a su planteamiento teórico, el modelo Conductual acepta variables entre el estímulo y respuesta que no son directamente observables pero que si pueden desencadenar las respuestas observables; y en el modelo Cognitivo Conductual se explica la conducta del sujeto tomando en cuenta los procesos y las estructuras cognitivas.

En cuanto a sus premisas, el modelo Conductual se enfoca en la conducta de desadaptación y considera que el medio ambiente influye en las personas para el tratamiento a seguir. En su tipo de intervención se especifican bien los objetivos de tratamiento, se considera que sus métodos son efectivos y en su análisis funcional de la problemática del paciente toma en cuenta situaciones, que acontecieron formulando preguntas como: ¿Qué comportamiento es el inadecuado? ¿Qué es lo que mantiene este comportamiento? y ¿Cómo puede cambiar ese comportamiento?. También dentro del modelo se hace un análisis sobre datos específicos de la conducta del paciente, se evalúa en el medio ecológico natural, toma en cuenta el contexto del paciente, con la intervención del terapeuta se logra cambiar la tasa de frecuencia en el comportamiento y, si el paciente lo requiere, el terapeuta puede trabajar aspectos de asertividad, estrés, depresión, calidad y estilo de vida así como entrenamiento en habilidades sociales.

Mientras que el modelo Cognitivo Conductual considera que el ser humano primero elabora cogniciones y como consecuencia siente para posteriormente actuar, se entrena al paciente para observar sus propias conductas y cogniciones, durante las sesiones el terapeuta responde a las demandas del paciente, se dejan tareas a este mismo y se dan explicaciones por parte del terapeuta sobre alguna duda. El terapeuta enseña al paciente sus propios constructos comenzando el paciente posteriormente a interpretar eventos y experiencias en términos de los constructos aprendidos y se ayuda al paciente a ejecutar nuevas conductas.

Las características de la perspectiva Conductual residen en que se basa en los fenómenos ambientales y la conducta. El tratamiento de la conducta anormal se basa en la explicación de los propios principios del aprendizaje para extinguir las conductas indeseables, este modelo rechaza el concepto de enfermedad y hace mención que este concepto no se aplica a los trastornos del comportamiento. En este modelo la conducta anormal se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente y la conducta puede ser manifiesta

o encubierta. En el modelo Cognitivo Conductual se enfoca directamente a la solución del problema y a la forma de cómo lograr los resultados deseados, para el psicólogo no es necesario investigar el pasado ni los orígenes y si el paciente realiza las tareas entre sesiones el tratamiento es más breve, durante el tratamiento el paciente debe percibir los cambios en sus actividades cotidianas y no sólo frente al terapeuta, además el paciente aprende a utilizar sus pensamientos e imaginación para regular sus formas de afrontamiento a la enfermedad, ya que la terapia provoca cambios en la conducta y en las cogniciones así como en las estructuras cognitivas.

Las ventajas del modelo Conductual es que se basa en la teoría del aprendizaje para la explicación de muchas conductas, promoviendo, a su vez, muchas investigaciones y creando instrumentos de gran rigor metodológico, haciendo que el individuo que aprende sea capaz de responder con rapidez y automáticamente cuando se le presenta una situación que tenga relación a esas metas. El modelo Cognitivo Conductual acumula datos empíricos, aborda la inteligencia retomando los procesos mentales superiores.

En el tipo de metodología el modelo Conductual proporciona señales y claves para conductas específicas, el terapeuta adapta el tratamiento a las necesidades del paciente y en cada sesión establece metas concretas, elaborando contratos que definen contingencias, además de que se practica sobre las conductas a implantar. Utiliza como técnicas el modelado, refuerzo diferencial, economía de fichas, extinción o retirada de atención, refuerzo positivo, coste de respuesta, tiempo fuera, autoinformes, autoobservaciones y análisis funcionales, pero siempre sometiendo a experimentación sus postulados teóricos.

En lo que respecta al modelo Cognitivo Conductual, se realiza una entrevista como primer plano y dentro del tratamiento entre las sesiones se realizan tareas y, de igual forma aplica gran variedad de técnicas terapéuticas que se basan en distintos modelos conceptuales, como son la terapia racional emotiva, técnicas de solución de problemas, técnicas de aproximaciones de autocontrol y técnicas de condicionamiento encubierto para modificar las cogniciones del paciente.

Las limitantes del modelo Conductual se basan en que puede tener escasa fiabilidad y validez los registros de los pacientes en cuanto a sus dietas y rutinas cotidianas, se ignoran

aspectos de la vida psíquica y procesos cognitivos, es reduccionista y la persona que aprende puede suscitarse dentro de una situación en la que el estímulo para la respuesta correcta nunca ocurre, por lo tanto la persona no responderá.

La mayor crítica que puede tener el modelo Conductual es que deja de lado aspectos que influyen en el aprendizaje como son la atención, la percepción y la memoria y para el modelo Cognitivo Conductual es que su tipo de terminología es a veces poco precisa en cuanto a baterías de evaluación se refiere, ya que se maneja un tiempo elevado de ejecución a veces tiene problemas de objetivación y de generalidad.

Cabe destacar como último apartado, que el modelo Cognitivo Conductual tiene inmersos a dos modelos más que son el modelo de Creencias de Salud y el modelo de la Teoría de la Acción Razonada, que en conjunto tratan a los individuos con diabetes mellitus tipo II.

El objetivo del modelo de Creencias de Salud es evitar la enfermedad puesto que una acción determinada previene y mejora el proceso. Una particularidad de este modelo es que se utiliza en la explicación y promoción de las conductas de salud, es adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque toma en cuenta la motivación que se tiene por la salud, la vulnerabilidad, gravedad percibida, la valoración diferencial, así como los costos y beneficios, postulando que si los pacientes tienen una buena información y motivación presentarán una adecuada adherencia, además dentro de este modelo los pacientes están convencidos en la eficacia de la intervención para evitar la enfermedad, encontrando sencillas las medidas para el apego al tratamiento. Sus premisas del modelo son que los pacientes tienen como creencia de que un problema de salud es importante para tenerlo en consideración.

La creencia-percepción de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia-percepción de que una acción producirá un beneficio. Tomando como variables la influencia cognitiva sobre la conducta, considerando que las creencias y las actitudes pueden llegar a determinar la puesta en práctica de conductas saludables. Como factores de estudio considera a la percepción de amenazas contra la salud (las personas deben considerar que tener una buena salud es una característica primordial, cuando se está ya enfermo corresponde a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad a nuevas

enfermedades, sentimientos acerca de que tan serio puede ser el enfermar). Y por otra parte, están las creencias de las personas sobre la posibilidad de reducir esas amenazas (expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección, si los beneficios superan los costos el comportamiento saludable se presentara, habilidades que el sujeto posee para llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo).

Por último las limitantes que posee es que solo son representaciones parciales de la realidad, ha hecho del ser humano un ser individual ya que no contempla el contexto cultural y social de algunas conductas saludables y además no toma en cuenta los diferentes estadios de desarrollo del individuo.

En el modelo de la Teoría de la Acción Razonada, la particularidad se enfoca a que conceptualiza al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, y la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe hacer. Las variables que toma en cuenta son la identificación y medición de la conducta (adherencia). Y sus limitantes son las mismas que las del modelo de Creencias de Salud.

Conforme al análisis que se acaba de hacer de cada uno de estos modelos básicamente sus diferencias residen en que el modelo Conductual se basa en la teoría del aprendizaje mientras que el modelo Cognitivo Conductual se basa en las estructuras cognoscitivas del individuo. Ambos tienen como similitud que se enfocan al comportamiento saludable del paciente sobre el promover y mantener la adhesión al tratamiento, así como investigar todos los factores determinantes que tengan relación a la adherencia terapéutica.

También ambos realizan técnicas, pero es ahí la pequeña o gran diferencia de ambos modelos, ya que las técnicas que manejan son diferentes, al igual que su fórmula epistémica ya que el modelo Conductual toma en cuenta el estímulo, al organismo como tal, las respuestas que da y las consecuencias que esto tiene; mientras que el modelo Cognitivo Conductual solamente toma en cuenta los acontecimientos, la cognición del individuo y las consecuencias de esto, es decir, uno se basa en las conductas anormales de la persona y el otro igualmente pero con la diferencia de que aborda las estructuras cognitivas y

pensamientos automáticos de la persona, dicho de otra manera el modelo Cognitivo Conductual analiza y hace referencia sobre lo que la persona piensa sobre su problemática, ya que para este modelo el individuo primero elabora cogniciones, por consecuencia siente y finalmente actúa.

Además, el modelo Conductual ha tenido un gran impacto dentro de la psicología puesto que ha impulsado la experimentación científica, teniendo como logro la solución de verdaderas problemáticas que tienen relación con la conducta humana. Y, viéndolo de otra manera, el modelo Cognitivo Conductual tomó principios del modelo Conductual ya que le precede desde años atrás, entonces debe verse al modelo Cognitivo Conductual como un modelo que está más completo para detectar el porqué los pacientes no siguen las prescripciones médicas.

Básicamente este modelo hace que la relación entre el cambio cognitivo y el cambio conductual parezca compleja e interactiva, puesto que el cambio conductual positivo promueve cambio cognitivo positivo y viceversa. Con lo cual debemos ver que ambos modelos son buenos para la problemática de la adherencia al tratamiento, pero el modelo más completo por sus técnicas es el modelo Cognitivo Conductual, ya que este modelo además para un mayor soporte científico y metodológico se basa sobre dos modelos más, que son el modelo de Creencias de Salud y el modelo de la Teoría de la Acción Razonada, que al mismo tiempo también emplean particularidades, premisas propias, variables, factores y limitantes como se vio anteriormente.

CONCLUSIONES

Como se mostró a lo largo del trabajo, la alta incidencia que actualmente existe sobre la enfermedad crónica de la diabetes mellitus tipo II ha sobrepasado los límites del Sector Salud, en lo que a su atención respecta. Ya que a través de distintos estudios se ha encontrado y demostrado que en la población diabética existe más de un factor que influye en este tipo de personas para que no se adhieran a las prescripciones médicas. Un punto más a tomar en consideración es que no sólo el paciente diabético sufre los estragos de su mala adherencia médica, sino también el Sector Salud en gran parte, ya que el personal médico cada día tiene más población diabética en lugar de que esta enfermedad vaya en decremento por las medidas sanitarias que se han tomado en consideración.

En lo que respecta a la práctica médica, la gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad de los pacientes, es decir “el hecho de seguir o no las indicaciones del médico”, lo que a su vez genera un grave problema, debido a que el paciente diabético no sigue al pie de la letra las indicaciones y por ende se presentan fallas en los tratamientos y , se exarcean los problemas de salud, favoreciendo el aumento de las enfermedades crónicas, haciendo estimar los efectos y el valor del tratamiento, dificultando la realización de un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria, ya que algunos factores de la vida cotidiana de las personas se encuentran fuera del alcance del personal médico, propiciando que los tratamientos no sean tan eficaces como se pensaba. Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) manifiesta que el incumplimiento hacia los tratamientos a largo plazo se ha convertido en un problema, no sólo de tipo sanitario sino también económico.

Aunque la mayoría de los Hospitales tratan de combatir esta problemática a través de programas de apoyo para este tipo de pacientes, incluyendo en la mayoría de estos a los familiares y el contexto que les rodea; estos programas que son impartidos por los psicólogos, con la ayuda de enfermeras o médicos no han sobrepasado la problemática, aunque sí han ayudado a que muchas personas vean cuáles son sus debilidades o problemas para que no se adhieran al tratamiento, logrando que su enfermedad no se agrave más o, en

caso dado, las personas que son propensas a contraerla sepan qué medidas tomar para prolongar la presencia de ésta.

Por ello, hay que tomar en cuenta que el Psicólogo dentro del Sector Salud con el apoyo de los médicos y de las disciplinas, como la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son un soporte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, desde años atrás se han ocupado por el bienestar de las personas, es decir, se preocupan sobre el porqué muchas de las personas enferman. Surgiendo a la vez una pregunta de suma importancia ¿Por qué las personas no toman en cuenta las indicaciones sugerencias o cambios de estilo de vida que el médico indica?, pregunta que se puede contestar de acuerdo al contenido del presente trabajo, se debe a que las personas no toman en consideración las indicaciones del médico por el tipo de creencias que tienen con respecto a la enfermedad y hacia el tratamiento, por factores de índole familiar, socioculturales, factores de la relación personal clínico-paciente y personales (Véase capítulo 5), es ahí donde el psicólogo se apoya de los modelos para hacer uso de las técnicas y con ello propiciar la adherencia a los tratamientos.

Gracias a esto, se han dado a la tarea de pensar, elaborar, aplicar y adecuar instrumentos que conllevan, a su vez, modelos psicológicos para tratar de solucionar este tipo de problemática, apoyando a las personas diabéticas no sólo en la clínica a la hora de la consulta, sino más bien aplicar a los pacientes diabéticos estrategias o modelos de índole Conductual o Cognitivo Conductual para la promoción y educación de su salud, donde la tarea primordial del psicólogo es abordar la temática de la diabetes desde su definición realizando también entrevistas a profundidad, dejando tareas, aplicando instrumentos, cuestionarios y aplicando un sin fin de técnicas para lograr la adherencia del paciente al tratamiento más que nada ver más allá, es decir, tomar en cuenta el porqué muchas de las veces el paciente deja de lado lo que el médico le dice y tomando en cuenta el contexto que lo rodea, ya que en muchas de las ocasiones las personas dicen que los médicos solo se dedican a dar indicaciones sin importar si el paciente entendió o si puede llevar a cabo las indicaciones, puesto que el médico da por entendido que el paciente lo va hacer o lo tiene que hacer por beneficio propio. Siendo ahí la labor principal del psicólogo, en analizar qué

es lo que impide al paciente tomar sus medicamentos o seguir una dieta lográndolo por medio de la exploración del contexto del paciente.

Aún a pesar de que estamos en el siglo XXI y de que se han hecho investigaciones para detectar los factores que ocasionan la no adherencia, así como la elaboración de diferentes modelos para estos estudios, aún falta mucho por hacer, ya que al paso de los años el tipo de costumbres y la forma de vivir de las personas no es la misma, por eso tanto la Psicología como la Medicina deben estar en constante relación y a la vanguardia para atender las nuevas situaciones que se suscitan dentro de la población diabética.

De acuerdo al análisis realizado sobre el papel que desempeña el psicólogo para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo II, puede decirse que es de trascendencia para entender la enfermedad de manera integral, alcanzando mejores expectativas de salud para pacientes con esta enfermedad. Y con respecto a ello, hago referencia a que el modelo que actualmente tiene todas las bases para poder analizar el porqué una persona no se adhiere a las prescripciones médicas es el Modelo Cognitivo Conductual, puesto que dentro de este modelo se aplica una gran variedad de técnicas terapéuticas que se basan en distintos modelos conceptuales para modificar las cogniciones del paciente, que en este caso es que el paciente piense y analice qué factores y pensamientos son los determinantes, qué está haciendo para no lograr su apego al tratamiento, además de que el paciente aprende diferentes formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento hacia la enfermedad.

En comparación con el modelo Conductual, éste también ha sido utilizado y ha tenido de igual forma éxito en sus intervenciones pero sí quiero recalcar que el modelo más completo es el modelo Cognitivo Conductual ya que el modelo Conductual deja de lado aspectos que influyen en el aprendizaje como son la atención, la percepción y la memoria, mientras que el modelo Cognitivo Conductual toma en cuenta toda la parte cognitiva del individuo. No con ello quiero decir que no sea eficaz el modelo Conductual, sino simplemente el otro modelo toma en cuenta dentro de sus técnicas más elementos haciéndose, a su vez, más

completo gracias a que tomo en cuenta características del modelo Conductual que es el modelo que le precede. Además el Modelo Cognitivo Conductual se ha difundido enormemente en el Sector Salud para las enfermedades de carácter crónico degenerativo, siendo el más elegido y utilizado.

Por último, puedo decir que este tipo de trabajo que tiene que ver con la diabetes mellitus tipo II, debe considerarse como parte importante para la Psicología de la Salud, ya que a pesar de que existen modelos e instrumentos que se aplican para analizar y estudiar la adherencia a los tratamientos médicos, hay que seguir en constante actualización tanto en la enfermedad, en la población que la padece y, sobre todo, en los modelos que se aplican ya que a través de este procedimiento podrá lograrse en un futuro un modelo que no tenga ningún tipo de limitación, para lograr un modelo excepcional y así el papel de los psicólogos dentro del Sector Salud será aun más reconocido del que actualmente tiene y, sobre todo, contribuirá al bienestar de los pacientes con enfermedades de este tipo, que cada día tienen mayor presencia en nuestra sociedad.

Debido a la importancia que ha venido teniendo la temática de la adherencia a los tratamientos médicos dentro del Sector Salud, considero que sería conveniente que se integran la temática sobre enfermedades crónicas de manera curricular dentro de la carrera de Psicología, así como se abordan las temáticas de ansiedad, autoestima, depresión y, habilidades sociales. Lo anterior, para estar vigentes en el ámbito profesional sobre las necesidades que aquejan a la Psicología de la Salud, ya que son temas de actualidad y de suma preocupación para los psicólogos y médicos.

REFERENCIAS

- Abalo, G. J. y Pérez G. U. (1998). Ética, Calidad de vida y psicología de la salud. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, 1 (12), 83-96.
- Abarca, M. K. M. (2004). La importancia de la creación de un manual dirigido a profesionales en psicología para la atención de la diabetes mellitus tipo 2. Revista de Psicología.1-19.
- Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigo (Ed): Manual de Psicología de la Salud (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- Arganis, J. E. N. (1998). Ideas Populares acerca de Diabetes y su tratamiento. Revista Médica del IMSS, 36 (5), 383-387.
- Barquín, M. (1999). Aspectos médicos del envejecimiento. En: H. Aréchiga y M. Cereijido (Eds.), El Envejecimiento: sus desafíos y esperanzas (pp. 66-90). México: Siglo XXI.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care, 1: 97-106.
- Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds): SIDA: Una visión multidisciplinar (pp. 95-103). Toledo: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.
- Bazo, M. García, S. Maiztegui, O. & Martínez, P. (1999). Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: Médica Panamericana.
- Benedito, M. M. C. (2001). Intervención Psicológica en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas pediátricas. Anales de Pediatría, 55 (4), 329-334.
- Buela, C. G. Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Madrid. Siglo XXI. pp. 9, 873-885.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). Psicología y la Salud. (353-373). España: Paraninfo Thomson Learning.
- Castañeda, H, C. (1996). Conceptos Básicos en Psicología de la Salud. pp. 17-23
- Colinas, C. E. (1999). Diabetes Mellitus. México: McGraw-Hill. 1-13.

DiMatteo, M. R. y DiNicola, D. D (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. New York: Pergamon Press.

De los Ríos, C. J. L. Sánchez, S. J. J. Barrios, S. P. y Guerrero, S. V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS, 42 (2), 109-116.

Duran, V. B. R. Rivera, CH. B y Franco, G. E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México, 43 (3), 233-236.

Fernández, R. L. & García, F. M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En M. A. Simón (Ed): Manual de la Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Publicaciones (pp. 133-137). Madrid: Biblioteca Nueva.

Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista de Psicología de la Salud, 7 (1), 35-67.

Friedman, H. S. y Di Mateo, M. R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. En H.S Friedman y M. R. DiMateo (Eds.): Health Psychology (pp. 68-100). New York: Prentice Hall.

Garza, E. M. E. Calderón, D. C. Salinas, M. A. M. Núñez, R. G. M. y Villareal, R. E. (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS, 41 (6), 465-472.

Ginarte, A. Y. (2001). Experiencia médica: la adherencia terapéutica. Revista Cubana Médica General Integral, 17 (5), 1-4.

Haynes, R. B. (1979). Introduction. En R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett (Ed): Compliance in health care (pp. 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Heman, C. A. y Oblitas G. L. A. (2005). Terapia Cognitivo-Conductual. Teoría y práctica. PSICOM.

Islas, A. S. y Lifshitz, G. A. (1993). Diabetes Mellitus. México, D.F: Interamericana-McGraw-Hill. 56, 67,189, 264 y 265.

Jáuregui, J. J. T. Salmeron, A. T. y Gómez, P. G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. Revista Médica del IMSS, 40 (4), 307-318.

Kaplan, R. Sallis, J. & Patterson, T. (1993). Health and human behavior. U.S.A: McGraw-Hill.

- Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: toward developmental and motivational relevance. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y S. J. Yaffe (Eds.): Developmental Aspect of Health Compliance (pp. 11-27). Hillsdale, NJ:LEA.
- Lalonde, M. (1999). El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva Canadiense. pp. 3-5
- Latorre, J. y Benert, P. (1992). Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.
- Lerman, G, I. (1994). Atención Integral del paciente diabético. México, D.F: Interamericana- McGraw-Hill. 7-107.
- Libertad, M. A y Grau, A. J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Revista de Psicología y Salud, (14) 1, 89-99.
- López, C. J. M. Ariza, A. C. R. Rodríguez, M. J. R. y Munguía, M. C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con pacientes diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México, 45 (4), 259-268.
- Macía, D. y Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M. A. Simón (Ed): Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones (pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mas, S, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud. Marcos Teóricos y Modelos. Psicología de la Salud. Facultad de Psicología, 3 (1), 3-20.
- Melchor, A. S. (2003). Guía para el Manejo Integral del Paciente Diabético. México: El Manual Moderno. 301-325.
- Méndez, L. D. M. Gómez, L. V. M. García, R. M. E. Pérez, L. J. H. y Navarrete, E. A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica del IMSS, 42 (4), 281-284.
- Morales, F. (1999). Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico Técnica.
- Morales, C. F. (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. Hermosillo, Sonora: Unison. 37-44.
- Nevarez, A. M. S. (2006). Enfermedades crónico degenerativas. Revista Salud Pública y Nutrición 11 5-7.
- Olson, C, O. (1986). Diabetes Mellitus, Diagnostico y Tratamiento. México, D.F: Científica. 9-45.
- Organización Mundial de la Salud (2003). La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos. Disponible en línea: <http://www.infomed.sld.cu>

- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. Revista Médica de Chile, 133 (3), 307-313
- Partida, V. (2002). La situación demográfica actual, 2002. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002/prelim.pdf>
- Peralta, G. (2003). Evaluación psicológica en diabetes. Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud. (pp. 211-238). Madrid, Alianza.
- Perales, A. (1992). Modelos conceptuales de enfermedad en la enseñanza de la psiquiatría. En A. Perales (ed): Manual de psiquiatría. "Humberto Rotondo" (cap. 8, pp. 5-14). Lima: UNMSN.
- Pérez, V. E. Bautista, P. S y Bazaldúa, B. A. (2006). Representación Cognitiva de la Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. 1-14.
- Piédrola, G. (1991). Medicina preventiva y salud pública. España, Ediciones Científicas y Técnicas.
- Poveda, R. (2000). Cuidados a pacientes crónicos. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_1htm
- Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2005). Psicología Clínica de la Salud. Un Enfoque Conductual. México: Manual Moderno.19-50.
- Riveros, A. Cortazar, P. K. Alcazar, L. F. y Sánchez, S. J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology, (5) 3, 445-462.
- Roa, A. Evaluación en Psicología clínica y de la Salud. España. Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Rodríguez, M. J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. J. Rodríguez (Ed): Psicología Social de la Salud (pp. 151- 160). Madrid.
- Rolland, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. España: Gedisa. pp. 43-91
- Rosenstock, I. Strecher, V. & Becker, M. (1994). Theories and methods of bahavioral interventions. New York, EE.UU: Plenum press. pp. 5-23
- Rubio, V. Márquez, O, M. y Santacreu J. (1997). La Prevención en el Marco de la Psicología de la Salud. Psicología y Salud. Veracruz, 10 (1), 81-92.

- Ruiz, S. J. J. (1993). Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Disponible en: <http://www.psicología.nu>
- Salguero, V. A. Torres, V. L. E. y Ortega, S. P. (2000). Principios Éticos en la Psicología de la Salud. Psicología y Ciencia Social. UNAM. Campus Iztacala, 4(1), 3-7.
- Salido, O, J, F. y Noriega, V, A, J. (2002). Psicología y Salud en Iberoamerica. Hermosillo, Sonora: Unison. pp. 11-51.
- Seligson, I. y Reynoso, R. L. (2000). Salud, Psicología y Psicología de la Salud. Psicología y Ciencia Social. UNAM. Campus Iztacala, 4(1), 45-52.
- Simón, M, A. (2000). Fuentes Documentales en psicología de la Salud. En: M, A. Simón (Ed). Manual de Psicología de la Salud. (pp. 765-805). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Shuman, R. (1999). Vivir una enfermedad crónica. Una guía para el paciente, familiares y terapeutas. España: Paidós.
- Vargas, P. y Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G. R. Ortiz V. (Coord.): Psicología y Salud. La experiencia mexicana (pp. 97-157). Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Vázquez, I. Fernández, C. y Álvarez, M. (1998). La adhesión al tratamiento diabetológico. En: I. Vázquez, C. Fernández y M. Álvarez. Manual de Psicología de la Salud. (pp.21-317). España, Pirámide.
- Velarde, J. E. y Ávila, F. C. (2001). Evaluación de la calidad de vida en el adolescente con enfermedad crónica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 58 399-408
- Velasco, C. & Sinibaldi, G. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno.
- Viniegra, V. L. (2006). Las Enfermedades Crónicas y la Educación. La Diabetes Mellitus como Paradigma. Revista Medica del IMSS, 44 (1), 47-59.
- Werner, S.R. Pelicioni, F, C, M y Chiattonne .C. B. H. (2003). Psicología de la Salud Latinoamericana. Hacia la Promoción de la Salud. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(1), 153-172.
- Wikipedia. (2007). Calidad de vida. pp. 1-5.
- Zaldivar, P. D. F. (2003). Factores Psicosociales y Adherencia Terapéutica. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=83>
- Zaldivar, P. D. F. (2006). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=83>

Zúñiga, E. (2004). Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm24.pdf>

El problema de la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial esencial. Un reto para la psicología de la Salud. Disponible en:

<http://psicologia.sociales.uclv.edu.cu/3ER%20SIMPOSIO/Ponencia9.htm>.

Los diversos enfoques en psicopatología. Disponible en: <http://www.Psicopedagogia.com>

ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO

A continuación se definirán los términos que tienen relación con la diabetes mellitus:

Estado catabólico: Es el que predomina cuando nuestro cuerpo necesita mayor energía y no recibe los nutrientes suficientes para conseguirla, por lo que dirige todos sus mecanismos para obtener esta energía suplementaria, “quemando” reservas que no son esenciales. Para ello se requiere el consumo de lípidos (grasas) del tejido adiposo y aminoácidos procedentes de proteínas propias (principalmente de las células del músculo).

Glucosa: Es un azúcar que es utilizado por los tejidos como forma de energía al combinarlo con el oxígeno de la respiración. Cuando comemos el azúcar, en la sangre se eleva, lo que se consume desaparece de la sangre, para ello hay una hormona reguladora que es la insulina producida por el páncreas (islotos pancreáticos). Esta hormona hace que la glucosa de la sangre entre los tejidos sea utilizada en forma de glucógeno, aminoácidos y ácidos grasos. Cuando la glucosa en sangre está muy baja, en condiciones normales por el ayuno, se secreta otra hormona llamada glucagón que hace lo contrario y mantiene los niveles de glucosa en sangre.

Urea: Es el resultado final del metabolismo de las proteínas. Se forma en el hígado a partir de la destrucción de las proteínas. Durante la digestión las proteínas son separadas en aminoácidos, éstos contienen nitrógeno que se libera como ión amonio y el resto de la molécula se utiliza para generar energía en las células y tejidos. El amonio se une a pequeñas moléculas para producir urea lo cual aparece en la sangre y es eliminada por la orina. Si el riñón no funciona bien, la urea se acumula en la sangre y se eleva su concentración.

Células beta: Son un tipo de células del páncreas localizadas en los islotes de Langerhans. Sintetizan y segregan la insulina, una hormona que controla los niveles de glucosa en la sangre.

Insulina: La insulina es una hormona producida en las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. Su función y acción fundamental consiste en permitir la utilización de glucosa en los tejidos y, por lo tanto, es indispensable para el metabolismo normal de carbohidratos, proteínas y grasas.

Cuerpos cetónicos: Son ácidos que aparecen en la orina cuando el cuerpo no produce suficiente insulina. Las cetonas indican que el cuerpo está quemando grasas para conseguir energía, es un signo de que la diabetes está mal controlada o que se está enfermando la persona.

Enzimas: Son moléculas de proteínas que tienen la capacidad de facilitar y acelerar las reacciones químicas que tienen lugar en los tejidos vivos, disminuyendo el nivel de la “energía de activación” (valor de la energía que es necesario aplicar para que dos moléculas determinadas colisionen y se produzca una reacción química entre ellas) propia de la reacción.

Triglicéridos: Son el principal tipo de grasa transportado por el organismo. Recibe el nombre de su estructura química. Luego de comer, el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a la sangre. Estos son transportados a todo el organismo para dar energía o para ser almacenados como grasa. El hígado también produce triglicéridos y cambia algunos a colesterol.

Glucógeno: Representa la principal forma de almacenamiento de carbohidratos. Cuando existe una disminución significativa de glucosa en sangre, el glucógeno es degradado por medio de una serie de enzimas para cubrir las necesidades energéticas de nuestro organismo.

Glucogenólisis: Es la síntesis de glucógeno a partir de glucosa y se produce gracias a las enzimas glucógeno sintetasas. La adición de una molécula de glucosa al glucógeno consume dos enlaces de alta energía: una procedente del ATP y otra que procede del UTP.

Osmolaridad: Es la medida usada por farmacéuticos y médicos para expresar la concentración total de sustancias en disoluciones usadas en medicina. El prefijo “osmo” indica la posible variación de la presión osmótica en las células, que se producirá al introducir la disolución en el organismo. En un organismo normal la concentración está alrededor de 300 mOs (miliósmoles).

Cetosis: Sucede durante el ayuno, en dietas muy bajas en carbohidratos y también puede ser causada por diabetes. La manera en que funciona es, usando toda glucosa, donde el cuerpo empieza a quemar las reservas de grasa a modo de energía para todas las funciones del cuerpo. Este cambio en el metabolismo sucede cuando el cuerpo ya no está recibiendo carbohidratos para producir glucosa y después de que el hígado se queda sin glucosa empieza a utilizar grasa, ya sea grasa que se está consumiendo o reservas de grasa en el cuerpo convirtiéndose en cuerpos cetónicos. Las cetonas se usan para la energía del cuerpo, el exceso de ellas son desechadas por el aliento y por la orina.

Glaucoma: Es una enfermedad del ojo que se define como una neuropatía óptica progresiva o una enfermedad del nervio óptico. Uno de los principales factores que pueden inducir a un glaucoma es una presión intraocular alta, aunque no hay ningún límite de presión ocular por encima del cual se desarrolle el glaucoma, mientras que una persona con una presión relativamente baja puede tener daños en el nervio óptico, otra con una presión ocular alta durante años puede no llegar a tener daños en toda su vida.

Neuropatía óptica: Es una enfermedad del sistema nervioso periférico. Un alto porcentaje de personas con diabetes desarrollará daños en su sistema nervioso en algún momento de su vida. Las 3 principales formas de daños del sistema nervioso son: neuropatía periférica,

neuropatía autonómica y mononeuropatía, aunque la forma más común es la neuropatía periférica que afecta principalmente a las piernas y a los pies.

Retinopatía diabética: Es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. Estos vasos sanguíneos debilitados pueden dejar salir líquido o sangre, formar ramas frágiles en forma de cepillo y agrandarse en ciertos lugares. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

ANEXO 2

ESTADÍSTICAS

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	CANTIDAD	PORCIENTO
Cardiopatía Isquémica	106	46.69
Enfermedades Cerebrovasculares	104	45.61
Hipertensión Arterial	8	3.50
Diabetes Mellitus	4	1.75
Asma Bronquial	5	2.09
Epilepsia	1	0.63
TOTAL	228	100

Figura 1. Mortalidad por enfermedades crónicas

ENFERMEDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	PORC.
Hipertensión Arterial	5	2.2	3	1.31	8	3.5
Cardiopatía Isquémica	50	21.9	56	24.5	106	46.5
Asma Bronquial	0	0.0	5	2.2	5	2.2
Enf. Cerebrovascular	41	17.9	63	27.6	104	45.6
Diabetes Mellitus	2	0.9	2	0.88	4	1.8
Epilepsia	1	0.4	0	0.00	1	0.4
TOTAL	99	43.4	129	56.6	228	100

Figura. 2 Mortalidad por enfermedades crónicas según el sexo

ENFERMEDAD	15-35		36-50		51-65		> 66		TOTAL	%
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Hipertensión Arterial	0	0.0	1	0.4	4	1.7	3	1.2	8	3.5
Card. Isquémica	0	0.0	5	2.2	23	10	78	34.2	106	46.5
Asma Bronquial	0	0.0	2	0.8	1	0.4	1	0.4	15	2.19
Enf. Cerebrovas.	0	0.0	9	3.9	18	7.9	77	38.8	104	45.6
Diabetes Mellitus	0	0.0	0	0.0	1	0.4	3	1.3	4	1.7
Epilepsia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.4
TOTAL	1	0.4	17	7.5	47	20.6	163	71.5	228	100

Figura 3. Mortalidad según grupos de edades