



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA CASA DEL PACIENTE
DIÁBETICO CUAJIMALPA**

REPORTE DE ACTIVIDAD PROFESIONAL

Que para obtener el grado de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

MARÍA DE JESÚS TELÉSFORO RAMÍREZ

Asesora: Mtra. María Araceli Álvarez Gasca

Dictaminadoras: Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña

Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano



IZTACALA TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de ver la luz del día.

A la vida por darme tantas lecciones.

A mi amigo, novio y esposo con quien he compartido mis alegrías, tristezas, retos y sueños. Quien ha luchado conmigo hombro a hombro en cada momento aún en aquellos que parecían tan adversos. Te amo.

A mí amada Zeltzin: coronación de nuestro amor. Princesa: llegaste en el momento justo e iluminaste nuestras vidas. Gracias por las sonrisas que me obsequias cada amanecer que me dan fuerza para trabajar por un mejor futuro.

Mamá: Heroína encapsulada en el tiempo. Quien a pesar de las tempestades me dio la vida. ¡Mil gracias!

Carmen: No pude tener mejor guía; tu apoyo ha sido crucial en mi andar; gracias por no dejarme caer, por animarme a seguir luchando. Por tus cuidados y tu amor.

Pau: Los años, los buenos y malos momentos nos dieron la oportunidad de compenetrarnos. Gracias hermana por ser mi gran amiga.

Andy, Isaac y Saúl: Los adoro, gracias por permitirme crecer a su lado. Brillen por siempre.

Jaime: Agradezco tu apoyo incondicional y tus palabras de aliento.

A mis entrañables amigas y amigos:

Cecilia Juárez Coello: Gracias por tu alegría, amistad, escucha y apoyo. Tanto en Iztacala como después de ella.

Yesica Rodríguez Vite, Diana Flores Cerón y Lety Téllez: Gracias a la presencia de cada una mi vida estudiantil tuvo diversos matices.

Alfonso Bustos y Alejandro Miranda: Gracias por compartir conmigo su experiencia profesional y personal.

Mónica Mayen: Con tu amistad el trabajo fue más enriquecedor.

Gema Bobadilla: Por no claudicar y compartir todo este proceso.

A mis asesoras: Mtra. Araceli Álvarez Gasca, Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña y Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano, gracias por sus valiosas aportaciones y oportunos comentarios.

A los integrantes de Di@béticos en @cción: Gracias por las enseñanzas de vida. In memoriam † Marce y Francis †

Al Dr. Rodolfo Castillo Rivas: Por su interés en el bienestar de su comunidad y por darme la oportunidad de convertir el sueño en realidad “La Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa”.

A todo el equipo de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa: Por su compromiso y dedicación.

A los que por alguna razón no pueden estar conmigo ¡**gracias por existir!**

ÍNDICE

	Página
Resumen	
Introducción	8
Capítulo 1. El papel del Psicólogo en el ámbito de la salud	17
Capítulo 2. Psicología de la Salud	29
2.1 Modelos Salud-Enfermedad	33
Capítulo 3. Diabetes Mellitus	40
3.1 Concepto	41
3.1.2 Clasificación	42
3.1.3 Epidemiología: Tasa de incidencia, incidencia acumulada y Prevalencia	43
3.1.4 Factores de Riesgo	45
3.1.5 Diagnóstico	47
3.1.6 Aspectos psicosociales y psicológicos	49
3.1.7 Cuidados	51
3.1.8 Complicaciones	53
3.1.9 Tratamiento: Farmacológico y no Farmacológico	55
Capítulo 4. Adherencia Terapéutica	61
4.1 Teorías de la adherencia	62
4.1.2 Afrontamiento al estrés	65
Capítulo 5. Actividades dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa (C.P.D)	71
5.1 Antecedentes	
5.1.2 Descripción de la Institución	73
5.1.3 Reporte general de actividades:	75
5.1.4 Ruta del Servicio	76
5.1.5 Misión	76

Capítulo 6. Resultados	86
Exposición de los resultados de los últimos doce meses de trabajo.	
6.1 Población general	86
6.1.2 Población diabética: Grupo “Diabéticos en acción”	90
Taller 1. “Conociendo la diabetes”	93
Taller 2. “La diabetes en mi vida”	94
Capítulo 7. Conclusiones	106
7.1 Evaluación del Trabajo	
7.2 Propuestas	109
Bibliografía	113
Anexos	118

RESUMEN

El presente reporte de actividad profesional intenta reflejar cómo el psicólogo de la salud debe luchar, trabajar y prepararse día a día para involucrarse en el área de la salud.

Y cómo la Psicología de la Salud es vital para el trabajo con personas que padecen una enfermedad crónico degenerativa como lo es la Diabetes Mellitus; misma que está considerada a partir del año 2005 como la primera causa de muerte en México.

Por tanto, el presente trabajo está basado en los fundamentos teóricos de la Psicología de la Salud entendiendo a ésta como un especialidad de la Psicología que surge para dar respuesta a las demandas sociosanitarias concebidas a partir de un modelo bipsicosocial que ha permitido explicar la génesis y mantenimientos de las enfermedades crónicas. Retomando los postulados del Modelo Psicológico de la Salud. (Ribes, 1990)

Así pues, la psicología en el área de la salud, ha adaptado sus técnicas a un nuevo concepto de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria tanto la prevención como promoción de la salud, y guardando los contenidos y posición teórica del modelo Cognitivo Conductual el presente trabajo se enfoca en presentar las diversas actividades, dentro de las que están el diseño y desarrollo de talleres y la intervención psicológica, realizadas dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa, ubicada en la Delegación Cuajimalpa de Morelos, en donde trabajé como psicóloga en el área de la salud, y dichas actividades fueron encaminadas a dotar a las personas con diabetes mellitus de los conocimientos necesarios sobre dicha enfermedad, causas, consecuencias, tratamiento (enfocada en el no farmacológico), cuidados y posibilidades de controlar la enfermedad. Los aspectos psicológicos y psicosociales que están involucrados.

Integrando una red de soporte social, a través de un grupo de autoayuda denominado “Di@béticos en @cción”.

El manejo de una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes mellitus, es un proceso que debe considerar a todos los miembros de la familia, ya que al tratarse de tratamientos de por vida, modifica la economía, el aspecto social y emocional de la familia.

Se concluye que el psicólogo de la salud debe abarcar tanto la prevención como la rehabilitación de dicha enfermedad. Enfocando su trabajo a lograr adherencia terapéutica y afrontamiento al estrés.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia una preocupación constante para el hombre ha sido el entender y atender la salud y la enfermedad con fines de supervivencia.

Actualmente existe un gran interés por estudiar el proceso de salud-enfermedad, considerando que los estilos de vida y las conductas de las personas afectan dicho proceso. Tarea encomendada al Psicólogo de la Salud, inicialmente centrada en el estudio de los desórdenes mentales, quedando así como una profesión auxiliar y secundaria restringida a las funciones de detección y evaluación. (Salinas, 1995, cit. en Landa 1999).

Sin embargo, en la década de los sesentas con la aparición y éxito de la Modificación de Conducta, de la Terapia Conductual, los psicólogos conductuales lograron demostrar su capacidad para ejercer funciones. (Reavley, 1984, cit. Landa 1999). Tales como: las de planeación y prevención, desarrollo, investigación e intervención. (Ribes, Fernández, Talento y Rueda, 1980) (Cit. en Rodríguez, 2002).

De acuerdo con Matarazzo (1980) el psicólogo de la salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

El psicólogo de la salud realiza funciones tanto de rehabilitación como de prevención.

Por lo que en el presente trabajo se retoma lo propuesto por Matarazzo y los postulados del Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes (1990) que propone para el psicólogo de la salud, tres tareas fundamentales a nivel de prevención.

Dicha información se presenta en el primer capítulo de este trabajo. Además, se enumeran y definen cada una de las funciones del psicólogo de la salud, desde el punto de vista de diversos autores, las áreas en las que se trabaja, y la formación adicional con la que debe contar el psicólogo de la salud antes de insertarse en el campo laboral.

En mi experiencia dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa llevé a cabo funciones tales como: evaluación diagnóstica, tratamiento e intervención, asesoría y enlace, prevención y promoción de la salud, dirección, administración y gestión. Dentro de las áreas: psicosocial, enseñanza, investigación y administrativa.

Posteriormente, al tener en cuenta que la Psicología, como ciencia encargada del estudio de la conducta, tiene mucho que contribuir en el área de la salud, a través de estudiar la relación entre los aspectos afectivos y conductuales con el proceso de la salud-enfermedad, dando como resultado el surgimiento de un campo específico para tal análisis denominado Psicología de la Salud.

Definiéndose ésta como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de política de salud”. (Matarazzo, 1980, cit. Labiano, 2004)

Además de encontrar esta definición, En el capítulo 2, se analiza su surgimiento e historia. Los modelos que han tratado de explicar el proceso de Salud – Enfermedad, como el Biomédico (que explica la enfermedad en términos de parámetros físicos), el Biopsicosocial (menciona que la salud y la enfermedad están multidimensionadas; intervienen los macro y microprocesos; se hace mayor hincapié en la salud que en la enfermedad) y el modelo Psicológico de la Salud (influyen factores biológicos y socioculturales).

Así mismo se definen los términos salud y enfermedad, comenzando por explicar que hacerlo no es tarea fácil. La OMS (organización mundial de la salud) define la primera como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Mientras que la enfermedad es definida como “cualquier estado donde hay un deterioro de la salud del organismo humano”. (OMS 2006)

También se señala que para la psicología la presencia de enfermedad en una persona, sobre todo tratándose de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, origina un proceso de profundo dolor físico y emocional. (Puente 2007)

¿Diabetes Mellitus? Si, lamentablemente en nuestro país, representa la primera causa de muerte, a nivel mundial es una pandemia que se multiplica de manera acelerada, afectando a la población de todos los estratos económicos pero afectando, sobretodo, a aquellos que menos tienen. En las esferas biológicas, psicológicas, económicas y sociales. Representando un enorme reto para los sistemas de salud y para los psicólogos de la salud.

Por lo que en el tercer capítulo de este trabajo se aborda el concepto de enfermedad crónica, posteriormente se conceptualiza la diabetes mellitus (D.M.) como: un padecimiento crónico degenerativo que se caracteriza por una

alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Este grupo de alteraciones metabólicas se caracteriza por hiperglucemia, que resulta de defectos en la secreción y acción de insulina o ambos. (Alpizar, 2001)

La D.M. se caracteriza por la presencia de polidipsia, polifagia, adinamia, además de otros signos y síntomas como alteraciones en la agudeza visual, entre otros.

Se presenta, también, la clasificación vigente: diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2; y otros tipos específicos de diabetes. Los factores de riesgo, tanto los modificables como los no modificables. Los criterios diagnósticos. Su epidemiología.

Las reacciones emocionales; los factores psicológicos y psicosociales que afectan la calidad de vida de las personas que la padecen como lo son la depresión y ansiedad.

Los cuidados que son aquellos cambios o modificaciones de conductas y estilos de vida para tratar de controlar la enfermedad, tales como: plan nutricional, actividad física, atención médica, optométrica y oftalmológica, ortopédica y por supuesto psicológica.

Las complicaciones agudas y crónicas que pueden presentarse.

El tratamiento que debe estar orientado en cuatro rubros:

1. Educación del paciente diabético. Iniciándose en el consultorio y apoyándose con grupos multidisciplinarios creados para ello (Club del diabético). Como fue el caso de este trabajo con el grupo "Di@béticos en @cción". En los que pueden obtener herramientas para el manejo adecuado del estrés.
2. Plan alimenticio

3. Ejercicio

4. Medicación

Es aquí donde, el papel de la psicología de la salud en el manejo de la diabetes tiende a expandirse, ya que se pueden sumar componentes conductuales a los programas de educación de los pacientes diabéticos. La educación por sí sola no resulta adecuada para ayudar a los diabéticos a seguir su régimen. (Goodall & Haldord, 1991, cit. Branon y Fiest, 2001)

Por lo que se propone la utilización de modelos psicológicos, principalmente de los cognitivos conductuales, que han probado su eficacia ante este tipo de enfermedades. Por lo que, durante mi estancia en la C.P.D. utilice el enfoque cognitivo-conductual para promover cambios en la conducta de la salud.

Tratando de que el paciente asuma los consejos del equipo de salud en torno a sus hábitos o estilos de vida y al tratamiento farmacológico, a lo que se llama Adherencia Terapéutica.

Es por ello que en el capítulo 4 se analiza este término; la manera en cómo los psicólogos de la salud encaminan sus esfuerzos hacia la mejora de la adherencia a las prescripciones médicas, de manera que los diabéticos puedan controlar los niveles de glucosa en la sangre y minimizar sus complicaciones que pongan en riesgo su salud. (Branon & Fiest, 2001)

Este punto resulta crucial, pues en diversos estudios se ha observado, que la adherencia por parte de los diabéticos es muy pobre.

Por ello, diversas teorías tratan de explicar este problema. Los dos más utilizados son el Modelo Conductual y las distintas Teorías Cognitivas del

Aprendizaje (Autoeficacia, acción razonada y modelo de creencias sobre la salud). En este capítulo se realiza la descripción de cada uno de ellos.

El hecho de tener o no adherencia terapéutica genera en los pacientes mayor o menor grado de estrés, ante lo cual debe contar con herramientas para disminuirlo. Se presenta la definición de estrés desde los puntos de vista ambientalista (como un estímulo), el segundo punto de vista lo define como una respuesta (Selye, 1926); mientras que el tercero, un enfoque más interaccionista, el modelo transaccional, de Lazarus y Folkman (1986 cit. Fusté-Escolano, 2004), lo define como un proceso interactivo (tanto como estímulo y respuesta).

Desde la visión de Reynoso y Seligson (2000) el estrés se genera ante el diagnóstico de una enfermedad que el sujeto considere grave, ante la aparición de síntomas clínicos graves, ante la incertidumbre, ignorancia de posibilidad de tratamiento, creencias y temores del sujeto ante la enfermedad y su tratamiento.

Como fue el caso de las personas atendidas dentro de la C.P.D. quienes manifestaban alto grado de ansiedad y depresión por no tener información sobre la enfermedad, posibilidades de tratamiento, entre otros.

Es por ello que en el siguiente capítulo (5) describo las actividades que como psicóloga de la salud realicé dentro de la C.P.D. y la manera en cómo ellas se encaminaron a que los pacientes diabéticos adquirieran conocimientos sobre la enfermedad, causas, factores de riesgo, complicaciones, cuidados, tratamiento, entre otros. Fomentando la adherencia terapéutica y el afrontamiento al estrés.

El surgimiento de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa (C.P.D.) surge por la preocupación de las autoridades delegacionales en cuanto al aumento de casos de diabetes mellitus en Cuajimalpa.

Pues como se muestra en el tercer capítulo de este trabajo, al hablar sobre la prevalencia, en algunos estudios realizados entre 1990-1999 sobre prevalencia de DM2, particularmente en la Delegación Cuajimalpa, en un estudio realizado

por Escobedo y Peña y cols. en 1998 (cit. Aceves y Alpizar, 2001) encontraron una prevalencia de 6.0 en población de 35 a 44 años de edad; mientras que una de 11.4 en población de entre 45 y 54 años de edad; y un aumento entre la población de 55 a 64 años una prevalencia de 19.4 %, finalmente la más elevada se presentó en personas de 65 años y más, siendo ésta de 22.

Ante este panorama tan alarmante en dicha demarcación y contando con una población doblemente afectada, por un lado tener diabetes y por el otro, por no tener acceso a ningún tipo de seguridad social. Lo que la hacía más vulnerable. (Ramírez, 2007)

Es por ello que en febrero de 2004 se crea la Casa del Paciente Diabético, ubicada en Av. Puerto México, S/N Col. Zentlapatl.

En este capítulo se presentan los antecedentes, descripción de la institución, personal involucrado, nombramientos y funciones de cada uno. Ruta del servicio. Y la descripción de las actividades que realicé durante mi estancia en ésta; tales como la manera en cómo llevé a cabo promoción y difusión, la elaboración de un tríptico, creación y seguimiento de un grupo de autoayuda denominado "Di@beticos en @cción", propuesta, ejecución y seguimiento de talleres, vinculación con otras instituciones, atención psicológica a población en general y diabética. Entre otras.

Después de realizar una descripción exhaustiva de cada una de ellas, se presentan en el capítulo 6, los resultados; destacando que se atendió a dos tipos de poblaciones, la general y la diabética. En total 158 pacientes. 107 mujeres y 51 hombres.

En cuanto a la población diabética se atendieron 23 personas 8 del sexo masculino y 15 del femenino. Se presenta un registro edad, ocupación, estado

civil, años con diabetes, servicio de seguridad social con los que cuenta, número de sesiones a los que asistieron. Y un análisis de cada rubro.

Además se llevaron a cabo dos talleres, el primero denominado “Conociendo la Diabetes” y el segundo “La Diabetes en mi vida”. Ambos dirigidos a la población diabética y a sus familiares. Se menciona el objetivo de cada uno de ellos y los resultados obtenidos; se realiza una comparación de los hallazgos obtenidos.

Finalmente en el capítulo 7, se realizan las conclusiones, destacando que el psicólogo de la salud debe luchar por ganar su lugar cuando entra en este campo, pues si bien ya hay muchos esfuerzos, estudios e investigaciones que han hecho posible que el papel del psicólogo de la salud cobre relevancia, cada uno debe realizar su propio esfuerzo.

Y que al trabajar de manera multidisciplinaria, siguiendo los postulados de la psicología de la salud, retomando el modelo biopsicosocial y el modelo psicológico de la salud. Utilizando el enfoque cognitivo conductual, es posible promover cambios, lograr adherencia terapéutica y brindar herramientas para afrontar el estrés.

La relación médico-paciente debe ser cordial, se debe brindar al paciente información verídica, necesaria y suficiente para que logre sentir la sensación de control sobre la enfermedad y sobre sus reacciones. Así como trabajar para que sea capaz de formar una red social, básicamente sintiendo el apoyo de su familia y amigos.

Finalmente presento una serie de propuestas y una evaluación de mi trabajo, con la finalidad de que mis aportes logren trascender y servir como base a otros profesionales interesados en contribuir en esta problemática tan cercana como es la diabetes mellitus.

CAPÍTULO 1

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La labor desempeñada por el psicólogo en el ámbito de los servicios de salud ha ocupado históricamente un papel secundario y subordinado a la actividad, decisiones y políticas generadas por otros profesionales, psiquiatras y médicos principalmente. A la psicología le correspondió el encargo de aquel segmento del hombre al que la medicina no siempre podía acceder con eficacia: la parte mental. Este encargo profesional se debe en gran medida a motivos históricos e ideológicos, pero fundamentalmente a la herencia filosófica cartesiana del dualismo mente-cuerpo, que en este contexto, fue usado como criterio de demarcación de esas disciplinas clínicas. (Belar, Deardorf y Kelly, 1987. cit. en Landa, 1999)

Así pues, inicialmente, la labor del psicólogo de la salud se centró fundamentalmente en el estudio de los desórdenes mentales, la actividad no fue más allá de esos estrechos y ambiguos límites, como una mera profesión auxiliar y secundaria, restringida a las funciones de detección y evaluación. (Salinas, 1995, cit. en Landa 1999).

Sin embargo, con la revolución profesional que permitió el éxito de la Modificación de Conducta, de la Terapia Conductual en la década de los sesentas, los psicólogos conductuales lograron demostrar su capacidad para ejercer funciones profesionales distintas a las de la mera evolución. (Reavley, 1984, cit. Landa 1999).

Así pues, actualmente, dentro del ámbito de la salud, el psicólogo puede ejercer las siguientes funciones:

- Detección.- Utilización de la metodología psicológica para identificar problemas, recursos, capacidades, necesidades, etc. vinculadas al comportamiento individual. Detección de estilos de conducta relacionados con la salud, análisis de competencias y recursos ambientales.
- Planeación y Prevención.- Aluden al diseño de planes y la aplicación de estrategias para evitar la aparición o agudización de cierto tipo de problemas sociales, aunque siempre manejados en lo individual. Prevención de accidentes, enfermedades, establecimiento de conductas instrumentales de salud en cualquier ámbito. Planeación de objetivos del sector salud que mejoren la eficiencia de este sector.
- Desarrollo.- Se refiere en general al entrenamiento de capacidades y competencias. Entrenamiento a paraprofesionales y otros profesionales para el cuidado de la salud y la prevención.
- Investigación.- Investigación de competencias, estilos interactivos y conductas de riesgo y prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo.
- Intervención.- Empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud, adherencia terapéutica. (Ribes, Fernández, Talento y Rueda, 1980) (Cit. en Rodríguez, 2002).

El papel del psicólogo en la atención primaria a la salud puede ampliarse en diferentes áreas como lo propone la Maestría en Salud Mental en Poblaciones del Instituto Nacional de Salud Pública:

Área Psicosocial. Elaborando diagnósticos de comunidad para conocer sus características psicosociales e identificar su relación con los principales problemas de salud a fin de programar acciones anticipatorias y preventivas para cancelar y modificar los factores de riesgo

- ⇒ Identificando y realizando el tratamiento temprano de la enfermedad mental.
- ⇒ Realizando actividades de prevención, manejo, tratamiento y referencia de problemas de alcoholismo y farmacodependencia.
- ⇒ Brindando apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento a pacientes con problemas fisiológicos que por sus condiciones de grupo de riesgo requieren de atención directa y en la realización de ejercicios psicoprofilácticos, para la estabilización de problemas de enfermedades crónico-degenerativos.

En el Área de la Enseñanza:

- ⇒ Diseñando e implementando programas educativos que sustenten la participación de la comunidad en problemas de salud.

Área de la Investigación:

- ⇒ Recopilando sistemáticamente la información de su trabajo de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollados.

Área Administrativa:

- ⇒ Identificando sus tareas y las del resto del equipo de salud, delegando responsabilidades y acoplando las propias con las del resto del personal.
(Dorantes y Viques, 2004)

Por su parte, Matarazzo (1980) menciona que el psicólogo de la salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el periodo de 1984 a 1989, citó cuatro actividades en las cuales los psicólogos pueden desempeñar un papel importante (Cit. Holtzman, 1993)

1. El desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas por todo el mundo.
2. Mejor entendimiento de los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano.
3. Prevención y control del abuso del alcohol y drogas.
4. La prevención y tratamiento de desórdenes mentales y neurológicos.

De acuerdo con Bustos (2000) hay ocho funciones propias del psicólogo de la salud, las cuales son:

Evaluación

Reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento. En general, los instrumentos más usuales son: algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

Diagnóstico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de la evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo habrá de tomar decisiones, tales como:

- Si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- El grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que ofrecen del problema.
- Diagnóstico, si procede
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

Existe un instrumento para realizar diagnósticos que tiene un valor heurístico dentro de la psicología, el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Tratamiento e intervención

Supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia en modificación de conducta, terapia cognitiva o cognitivo-conductual, terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (Fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico o puede reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del psicólogo.

El tratamiento puede ser de aplicación individual, en pareja, o en grupo. Los pacientes pueden ser externos o internos (residentes en una institución). La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

En algunos casos, la actividad del psicólogo de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como tratamiento en el sentido estricto.

La intervención implica un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta.

Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de diferentes programas, entre los que se encuentran los de ajuste a la enfermedad crónica, de preparación para la hospitalización y los de entrenamiento para afrontar determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresante.

Asesoría y enlace

Tanto el diseño como la realización de los programas mencionados anteriormente pueden ser llevados a cabo por el psicólogo, quien además de diseñarlos colabora en la ejecución de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de los referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación, y debido a su importancia en el siguiente apartado se hablará más ampliamente de dicho tema, así como de otras funciones que realiza el psicólogo de la salud.

Prevención y promoción de la salud.

Las funciones preventivas y promotoras de la salud, para Bustos (op. cit.) se centran en:

- Capacitar a los mediadores de redes socio-sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

Investigación.

Bustos (op.cit.) afirma, que por tradición histórica como por formación facultativa, el psicólogo está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud. Las investigaciones del psicólogo de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios para estudios controlados.

Las áreas de investigación incluyen desde la construcción y validación de test hasta el estudio del proceso y resultado de distintos tratamientos psicológicos.

Enseñanza y supervisión

El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza. Él aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. Tanto a profesionales como a paraprofesionales.

Dirección, administración y gestión

De acuerdo con Bustos (2000) esta función es básicamente de gestión de recursos humanos, cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo. Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esta función se le podría denominar función de coordinación. Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de posibles dificultades que puedan surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de todos ellos.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencial, aunque puede coincidir con ella. En cuanto a la coordinación, se trata de poner en práctica el concepto de salud biopsicosocial y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente.

Así pues, el cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados

que reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En cumplimiento de esta función el psicólogo de la salud actuará:

- Como experto, al ofrecer asesoramiento a los directores o jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos, administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermeras, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de se dispone. (Bustos, op. cit).

Así pues, la formación de los psicólogos de la salud deberá incluir una base de principios psicológicos y una preparación sustancial en el campo de la neurología, endocrinología, inmunología, salud pública, epidemiología y otras subespecialidades médicas. Las normas formativas de los psicólogos de la salud siguen el modelo de Boulder de 1949, que considera a los psicólogos como científicos y terapeutas al mismo tiempo. (Branon & Feist, 2001). Dichas recomendaciones deberán ser tomadas en cuenta dentro de la currícula de la Institución en donde se realicen los estudios de Psicología, por lo que es de suma relevancia la revisión curricular que se efectúa actualmente dentro de la FES Iztacala.

Belar, (1997, cit. en Branon & Fiest, 2001) menciona que estas normas también coinciden con las establecidas por la Conferencia de Trabajo Nacional sobre Educación y Entrenamiento en la Psicología de la Salud de 1983, que definió el programa principal de la psicología al que los psicólogos de la salud debían someterse, recibiendo entrenamientos en las siguientes áreas:

- Las bases biológicas del comportamiento, la salud y la enfermedad.
- Las bases cognitivas y afectivas del comportamiento, la salud y la enfermedad.
- Las bases sociales de la salud y la enfermedad, incluyendo el conocimiento de las instituciones sanitarias y la política de salud.
- Las bases psicológicas de la salud y la enfermedad, que destacan las diferencias individuales.
- Investigación avanzada, metodología y estadística
- Medidas psicológicas y de salud
- Colaboración interdisciplinaria
- Cuestiones éticas y profesionales.

Al respecto, tanto Belar (op. cit.) como Matarazzo (1987 a cit. en Branon y Feist 2001) sugieren que, además de contar con estas bases fundamentales, muchos psicólogos de la salud deben someterse a un entrenamiento, con un mínimo de dos años de prácticas especializadas en psicología de la salud para obtener un doctorado en psicología.

Belar, (op. cit.) sostiene que el entrenamiento de los psicólogos en las nuevas especializaciones de la salud debe constituir una prioridad para la profesión, advirtiendo que los psicólogos deben ser entrenados a fondo antes de incorporarse al sistema de salud pública. Asimismo, recalca la importancia de que los terapeutas en fase de entrenamiento desarrollen una faceta de investigación como la clínica, destacando nuevamente el valor de una combinación de conocimientos científicos con experiencia práctica.

Los psicólogos de la salud realizan numerosas actividades. Pueden combinar docencia e investigación; proporcionar servicios clínicos, realizar diagnósticos y a dar terapia, entre otras. (Branon & Fiest, 2001)

Pueden trabajar en diversos espacios, a lo que al sector salud se refiere, comprende las clínicas de salud, los hospitales de primero, segundo y tercer nivel, los asilos, unidades de salud laboral, entre otros (Silva, 2005)

Retomando los postulados del Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990) (Ver capítulo 3), el psicólogo tendrá asignadas tres tareas fundamentales a nivel de prevención:

- a) En relación con la prevención primaria, que son las prácticas cotidianas de los individuos vinculadas previas a la aparición de riesgos biológicos: el desarrollo de estilos de vida que reduzcan el riesgo de vulnerabilidad biológica, como el seguimiento de dietas nutricionales apropiadas, el bajo consumo de sustancias dañinas a largo plazo, la adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés, la promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud, el adiestramiento en la evitación de accidentes y la adquisición de comportamientos efectivos en momentos de catástrofes naturales o provocadas.

- b) Un segundo nivel de prevención se relaciona con aquellas conductas que impiden el avance de una propensión a la patología o de la condición patológica incipiente: el reconocimiento de indicadores de riesgo, el acudir con oportunidad a los servicios de salud, la adherencia a las prescripciones terapéuticas y adicionalmente el desarrollo de competencia en el individuo que le permitan ser atendido eficientemente como usuario de un servicio de salud.

c) Un tercer nivel implicaría que la tarea del psicólogo se centrará en prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo, establecer comportamientos que faciliten la recuperación parcial o total de funciones perdidas y/o que eliminan la interferencia de ciertos estados y reacciones que perturban formas normales de reacción biológica.

Ahora que ya hemos revisado la forma en cómo el psicólogo de la salud inició su inserción en el campo de la salud, de las funciones y áreas que desempeñaba y de cómo poco a poco fue abarcando muchas otras; es importante señalar que las funciones que realicé como psicóloga de la salud dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa fueron: Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento e intervención, Asesoría y Enlace, Prevención y promoción de la Salud, Dirección, administración y Gestión. Mientras que las áreas que abarqué fueron: Psicosocial, Enseñanza, Investigación y Administrativa. En el capítulo 5 se realiza un análisis de cómo se llevé a cabo cada una de éstas dentro de mi ejercicio profesional.

Y ya que hablamos de la Psicología de la Salud hagamos una revisión, en el siguiente capítulo de su surgimiento y aportes.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En los últimos 25 años los científicos de todo el mundo han puesto atención en la relación significativa que existe entre salud y conducta. A su vez, han empezado a comprender mejor esta relación hasta ahora difícil de entender, sobre las causas de enfermedad y mortalidad y también el cómo prevenirla, mejorar la salud y el bienestar de las personas sanas. (Matarazzo, 1995).

Es por ello que hablaremos de la historia de la Psicología de la Salud, que en los últimos tiempos es el reflejo de los cambios teóricos de la Psicología y la propia Medicina en el siglo XX, y, al mismo tiempo, es el producto de la incorporación rápida de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población. Como ha señalado (Gil, León y Jarana, 1992; Grau, 1995, 1996) éste ha sido un resultado natural del propio desarrollo del modelo biomédico, con sus limitaciones actuales, del fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y comportamentales mediatizan los problemas de salud. (Grau, 1998)

VARIABLES TALES COMO: funcionamiento y dinámica familiar, estilo de vida personal, las actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional. (op. Cit)

En consecuencia la Psicología de la Salud, emerge como un campo particular de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud pública contemporánea. (op. Cit.) y su difusión se hace necesaria.

La primera revista de la división de la Psicología de la Salud (Health Psychology), de la APA (Asociación Psicológica Americana), se publicó en 1982. Mientras que el primer texto en Latinoamérica apareció recientemente, producido por autores hispanos y latinos. (*Psicología de la Salud*, de Oblitas y Becoña, 2000. cit. Labiano, 2004).

Por su parte, Matarazzo (1980) define la Psicología de la Salud 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 y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”. (Cit. Labiano, 2004)

Respecto a esta definición, Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) señalan que en la definición se destacan cuatro aspectos:

- 1.- Hablar de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, entre otras.
- 2.- Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el tabaquismo, el abuso del alcohol y el aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad.
- 3.- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
- 4.- Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población, recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud (op. Cit).

Resulta, entonces, necesario conocer y aplicar dichos aspectos cuando el psicólogo se incorpora en alguna Institución de salud.

La Psicología de la Salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria (por ejemplo, a través de programas de salud). Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
- Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
- Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

Para Branon & Fiest (2001), la psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. La psicología de la salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. Más específicamente implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, como puede ser el descenso de la presión arterial, la disminución del estrés, el alivio del dolor, los chequeos médicos, dentales y comportamientos “seguros”. Además, ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas y a modificar factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Por su parte, Seligson (1992, cit. en Reynoso y Seligson, 2000) la ha definido como “un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (p.50)

El campo de estudio de la psicología de la salud se conjuga en una amalgama de interacción inter y multidisciplinaria (por ejemplo, con la medicina, la sociología médica, la antropología cultural, la psiquiatría, la enfermería, el trabajo social y las ciencias biológicas. (Reynoso y Seligson, 2000). Es importante que dicha interacción sea de calidad profesional y personal, tomando en cuenta que se trabajará con seres humanos que sufren, entre otras, de enfermedades crónico degenerativas.

Un campo de trabajo importante dentro de la Psicología de la salud es el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles. Atrás han quedado los tiempos en que el eje principal de conexión, entre psicología y medicina, se establecía a partir de las llamadas enfermedades psicosomáticas, pequeño grupo de cuadros patológicos en el que los factores psicológicos ya se habían establecido como determinantes de deterioros orgánicos. (Fernández del Valle 1996; Grau y Martín, 1990; Grau, 1995) (Cit. Grau, 1998)

Así pues, para Reynoso y Seligson, (2000) las dos principales tareas de la psicología de la salud consisten en:

1. El manejo de técnicas para mejorar el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales. El objetivo que se persigue consiste en alterar las conductas de enfermedad relacionadas con el paciente, como lo sería el tomar un medicamento con las dosis especificadas bajo el horario establecido, seguir un programa dietético o cambiar los patrones de conducta que pueden causar estrés, entre muchas otras.
2. La prevención de la enfermedad y la intervención ante enfermedades terminales o crónico-degenerativas. Se pretende trabajar en programas preventivos enfocados a modificar el estilo de vida de los sujetos en relación a sus hábitos alimenticios, ejercicio físico, conducta de fumar,

beber, y el objetivo consiste en cambiar los patrones de conducta que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas, así como las formas en que los sujetos afrontan las enfermedades que padecen.

Es así como, en el siguiente capítulo, abordaremos el estudio de una enfermedad crónico-degenerativa, la diabetes mellitus y el trabajo que la psicología de la salud ha realizado al respecto.

Mientras tanto, hablemos de la manera en cómo es definido el concepto salud-enfermedad y los distintos modelos que la abordan.

Modelos Salud-Enfermedad

Modelo Biomédico

Cabe señalar que el modelo predominante de salud-enfermedad, ha sido el biomédico; éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos. Además este modelo define a la salud como exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad (Engel, 1977, cit. Becoña, et. al. 2000)

El modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, a las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano. (Labiano, 2004).

Como señalan Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998, cit. Labiano, 2004) este modelo contiene una serie de puntos críticos, entre los que pueden destacarse:

- El criterio fundamental de enfermedad es la presencia de anomalías bioquímicas, las cuales son condiciones necesarias pero no suficientes para un diagnóstico, ya que se pasan por alto reacciones cognitivo-emocionales básicas.

- El diagnóstico depende, en gran medida, de la información que proporciona el paciente. Aunque el examen físico y los resultados de laboratorio son definitivos para identificar la enfermedad.
- El modelo biomédico, desestima la influencia de determinadas situaciones vitales en el estado de salud de los individuos.
- No toma en cuenta los factores psicológicos y sociales que son determinantes para definir cuándo una persona está enferma, pues pueden estimular la búsqueda o no de ayuda profesional o a seguir o no las prescripciones indicadas.
- El modelo pasa por alto la importancia que tiene, en los resultados del tratamiento, la relación médico-paciente. La perspectiva biomédica hace hincapié en los medicamentos, en la tecnología, en los resultados de los análisis clínicos, sobre las actitudes y los comportamientos, tanto del profesional de salud como del paciente. (op. cit.)

Aunque el modelo biomédico ha predominado, algunos médicos han comenzado a defender una aproximación holística a la medicina, esto es una aproximación que considera los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos (por ejemplo, Brody, 1973; Engel, 1977; Janoski y Schwartz, 1985.) Hace dos décadas comenzó a emerger un modelo alternativo, que no sólo incorpora factores sociales sino que también incluye los psicológicos y los sociales. Éste se ha acuñado con el nombre de modelo biopsicosocial, en que la salud se ve de nuevo como una condición positiva. (Engel, 1977) (Cit. Becoña et al. 2000).

Dicho enfoque hace que la percepción, tanto de médicos como psicólogos y de todos aquellos involucrados con el proceso de salud – enfermedad sea más amplia y por ende se obtengan mejores resultados. A continuación se describe el modelo biopsicosocial.

Modelo Biopsicosocial

Este modelo admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, y otros.). En este modelo, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad. La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental. (Labiano, 2004)

La teoría de los sistemas sirve de marco explicativo de este modelo. Los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual. Los procesos de causalidad son múltiples y circulares. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados. De acuerdo a este modelo se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico. (op. cit.)

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social. (Labiano, 2004)

Como hemos revisado, el Modelo médico-biológico de la salud o biomédico, como carencia de enfermedad (o bien como continuo balance entre salud-enfermedad), hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran. Por otra parte, el modelo sociocultural de la salud ha subrayado correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Y señala que “existen indicios claros de cómo las condiciones de vida determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadores o directamente responsables de alteraciones de la salud biológicas. (Ribes, 1990)

La viabilidad de ambos modelos para plantear prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación, depende de que, constituyendo concepciones con un rango de generalidad empírica de nivel muy distinto, puedan intersectarse a lo largo de un eje mutuamente vinculador. Este eje no es otro que el representado por el comportamiento, entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales. (op. cit). Como pude observar a lo largo de mi trabajo, pues el malestar referido por las personas no siempre corresponde al nivel biológico de su enfermedad sino que se ve interrelacionado con su entorno social, principalmente con las relaciones familiares.

Por tanto, surge un nuevo modelo, que se describe a continuación.

Modelo Psicológico de la Salud

Partiendo de las consideraciones anteriores, surge un Modelo Psicológico de la Salud, cuyos supuestos son:

1 - La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción

entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.

2 - Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación de la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.

3 - Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.

4 - Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

A su vez, la dimensión psicológica de la salud puede desagregarse en tres factores fundamentales:

1- La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.

2- Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.

3- Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica. (Ribes, 1990).

Ya que hemos revisado la dimensión psicológica de la salud, a continuación hablaremos de la manera en que se conceptúa a ésta.

Definición de Salud

Definir la salud no es tarea fácil, sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) la define como “el completo estado de bienestar físico,

mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición se encuentra vigente desde hace más de un cuarto de siglo y supone la posibilidad de interacción de distintas disciplinas con un objetivo común. (Reynoso y Seligson, 2002).

Este enfoque implica la atención integral del individuo, aspecto muy importante debido a que tradicionalmente el proceso salud enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas con diferentes enfoques y perspectivas; así, la medicina lo estudia desde la perspectiva puramente biológica, la psicología dedicada a estudiar el comportamiento de los individuos y, por último, la sociología enfocada a las condiciones socioeconómicas de la población. Cada una de estas áreas ha abordado el estudio de la salud bajo su propia perspectiva dejando casi siempre a un lado las posibles interrelaciones con las otras disciplinas, sin tomar en cuenta que un manejo integral considera al individuo como un ser biopsicosocial. (Durán 1998).

Por su parte, Ribes (1990) hace referencia a la salud en términos de dos ámbitos: el biomédico y el sociocultural. En el primero se refiere a la salud en términos de la enfermedad, mientras que en el segundo lo hace en referencia al bienestar, aclarando que no pueden desvincularse el uno del otro.

Definición de enfermedad

Así como existe una definición de salud, también la hay para el término enfermedad, para la OMS (2006) es “cualquier estado donde hay un deterioro de la salud del organismo humano”. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran. (www.who.int, 2006).

Para la psicología, la presencia de enfermedad en una persona, sobre todo tratándose de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, origina un proceso de profundo dolor físico y emocional. (Puente, 2007)

Es por ello necesario abordar en el siguiente capítulo la enfermedad crónica degenerativa, particularmente la diabetes mellitus, debido a que su acelerado crecimiento en la población mundial ha afectado a nuestro país de una manera implacable en las esferas biológicas, psicológicas, económicas y sociales de quienes la padecen y de sus familiares. Representando un gran reto para los sistemas de salud, para los psicólogos y demás profesionales de la salud y principalmente para las personas afectadas.

Debiendo trabajar tanto en la prevención como en la atención de dichas personas, para lo cual resulta necesario conocer la Diabetes Mellitus a fondo.

CAPÍTULO 3

DIABETES MELLITUS

En México, varias enfermedades crónicas se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad general entre ellas la diabetes mellitus, que en el 2005 ocupó el primer lugar, enfermedades isquémicas del corazón en segundo lugar, en tercero, cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal, accidentes de tráfico vehicular de motor, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades hipertensivas y en el décimo lugar, nefritis y nefrosis. (INEGI/secretaría de Salud, 2005).

En este trabajo se abordará específicamente la enfermedad metabólica crónica degenerativa: Diabetes Mellitus.

Antes de abordar específicamente la Diabetes Mellitus, hablemos de la concepción que existe sobre enfermedades crónicas para contextualizar a la DM en dicho grupo de enfermedades.

Rothenberg y Koplan (1990) opinan que no existe una definición axiomática para enfermedad crónica, pero estas enfermedades, por lo general, son definidas con base en sus atributos: latencia larga, curso clínico prolongado, etiología incierta y sin “cura” definitiva.

Strauss y cols. (Cit. En Mercado, 2001) definen a las enfermedades crónicas como aquéllas que por su naturaleza son de larga duración, generan incertidumbre, causan otras enfermedades, son muy intrusivas en la vida de

las personas, requieren una amplia variedad de servicios y son muy costosas no solo para los individuos sino también para los sistemas sociales.

Mientras que, Latorre y Beneit (1992) definen una enfermedad crónica como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida de las personas, que afecta todos los aspectos de la vida por largos periodos.

Así pues, para Robles (2004) las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

La diabetes mellitus ya es considerada como una pandemia en nuestro país, situación que justifica la prevención y atención de personas en riesgo o que ya presenten dicho padecimiento, por lo tanto es necesario conocer dicha enfermedad.

Concepto de Diabetes Mellitus

Comencemos por conceptualizar la enfermedad metabólica crónica degenerativa: Diabetes Mellitus.

Las clasificaciones, métodos de diagnóstico y tratamiento cambian conforme progresa el conocimiento, por lo que Alpízar (2001), revisa los conceptos actuales y nos dice que, la diabetes mellitus es un padecimiento crónico-degenerativo que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Este grupo de alteraciones metabólicas se caracteriza por hiperglucemia, que resulta de defectos en la secreción y acción

de insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica conduce a lesión y disfunción a largo plazo de diversos órganos.

En la Diabetes Mellitus (D.M.), el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de: polidipsia (sed excesiva), poliuria (orinar varias veces, con aumento de volumen), polifagia (aumento en la necesidad de comer), pérdida de peso (resultado de la pérdida calórica y los ajustes metabólicos consecuentes), adinamia (cansancio y disminución de la actividad física), además de otros signos y síntomas como alteraciones en la agudeza visual, entre otros. (op. cit.) Según lo anterior, se puede decir que la DM es una enfermedad muy complicada que afecta a todos los sistemas del organismo y de acuerdo a las características de cómo se presenta y se desarrolla, se puede clasificar en diferentes tipos que a continuación se mencionaran.

Clasificación

Alpízar (2001), menciona que, actualmente la clasificación vigente es la aprobada por la Asociación Americana de Diabetes y avalada por la Organización Mundial de la Salud en Julio de 1997.

- La diabetes mellitus tipo 1. Deficiencia absoluta de insulina. Pacientes de cualquier edad, casi siempre delgados.
- La diabetes mellitus tipo 2, que es el tipo prevalente de diabetes. El defecto predominante en esta categoría es la resistencia a insulina, que suele acompañarse de algún defecto en la secreción de la misma.
- Otros tipos específicos de diabetes. Son tipos de diabetes asociados a defectos genéticos, la acción de insulina del páncreas exócrino, la diabetes relacionada a endocrinopatías o medicamentos, infecciones y otras formas más raras de diabetes, así como síndromes genéticos que se asocian de manera habitual con diabetes.

- Diabetes gestacional, que es un tipo de diabetes cuya clasificación persiste. Es producto de alteraciones metabólicas que se presentan en el embarazo, probablemente sostenidas en alguna predisposición genética.
- Intolerancia a la glucosa en ayuno.

La diabetes mellitus tipo 2 se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Aquí se incluye a poco más del 90 % de todos los enfermos con diabetes mellitus. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, generalmente son obesos y presentan relativamente pocos síntomas característicos o clásicos. No tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de estrés. Si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia. (op. cit.)

Otro de los puntos importantes que justifican la inserción del psicólogo de la salud y en particular mi trabajo en la casa del paciente diabético, es la elevada frecuencia de enfermos con éste padecimiento en nuestro país. En el siguiente apartado se presentará un panorama general de la epidemiología de la DM.

Epidemiología

La epidemiología se puede definir en general como el estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones o grupos en relación con su ambiente y formas de vida. (Reynoso y Seligson, 2000).

Es la ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de las enfermedades así como los factores relacionados con ellas. Para estudiar la ocurrencia, la epidemiología hace uso de algunas medidas fundamentales como la tasa de incidencia, incidencia acumulada y prevalencia. (Díaz, 2004)

Tasa de incidencia

La tasa de incidencia mide la velocidad con la que un individuo transita del estado de ausencia de enfermedad al estado de enfermedad, es decir, de qué tan rápido enferma la población. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), siete de las 10 naciones con mayor número de enfermos son de economías en vías de desarrollo, una de esas naciones es México, que ocupa el quinto lugar mundial en incidencia. (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

Incidencia Acumulada

La incidencia acumulada mide el riesgo de enfermar. Algebraicamente corresponde a una proporción, por lo que oscila de cero a uno. A diferencia de la tasa de incidencia, que es una medida instantánea con dimensión, la incidencia acumulada requiere que se señale el tiempo, por ejemplo, una incidencia acumulada de 0.5 a 10 años indica que el 50% de la población tiene el riesgo de enfermar en ese período. Así para el año 2025 se prevé que la diabetes aumente casi en un 50% en toda América del Norte. Y en el mundo se calcula que en este año la población mundial de diabéticos alcanzará los 330 millones. (op. cit.)

Prevalencia

La prevalencia sirve para calcular la proporción de enfermos en un grupo poblacional en un momento dado. Se calcula como la proporción de enfermos entre el total de la población. (Díaz, 2004)

Algunos estudios realizados en la década 1990-1999, sobre prevalencia de DM2, en población rural y urbana en México, varían desde 0 a 9.8%. (Vázquez, 1993, ENEC, 1993, Quibrera Infante y cols. 1986-1996; Martínez Bazán, 1997; Escobedo y de la Peña, 1998, cit. en Aceves y Alpízar, 2001). En ellos, llama la atención la alta prevalencia calculada para la población rural de Oaxaca, debido a que los estados de la región sur son considerados de menor riesgo;

sin embargo, esto confirma que una gran proporción de personas con diabetes desconocen estar enfermos.

Particularmente en la Delegación Cuajimalpa, en un estudio realizado por Escobedo de la Peña y cols. en 1998, (cit. Aceves y Alpizar, 2001) encontraron una prevalencia de 6.0 en población de 35 a 44 años de edad; mientras que una de 11.4 en una población de entre 45 a 54 años de edad; y un aumento entre la población de 55 a 64 con una prevalencia de 19.4; finalmente, la prevalencia más elevada se presentó en personas de 65 años y más, siendo esta de 22.

Los hallazgos de estos estudios, plantean una interrogante acerca de la prevalencia real de diabetes mellitus y sus factores de riesgo en nuestro país, ya que existe una gran variación de acuerdo a su situación geográfica.

Ahora que conocemos el índice tan elevado de prevalencia, revisemos los factores de riesgo para DM que contribuyen a su desarrollo.

Factores de riesgo

Se pueden clasificar en no modificables y modificables, los cuales son:

No Modificables:

- ⇒ Ascendencia hispánica
- ⇒ Edad mayor o igual a 45 años
- ⇒ Antecedentes de Diabetes Mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- ⇒ Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 Kg.

Modificables:

- ⇒ Obesidad
- ⇒ Sobrepeso

- ⇒ Sedentarismo
- ⇒ Tabaquismo
- ⇒ Manejo inadecuado del estrés
- ⇒ Hábitos inadecuados de alimentación
- ⇒ Estilo de vida contrario a su salud
- ⇒ Índice de masa corporal ≥ 27 kg/m² en hombres y ≥ 25 kg/m² en mujeres.
- ⇒ Índice cintura-cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres
- ⇒ Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg
- ⇒ Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
- ⇒ HDL de colesterol ≤ 35 mg/dl

Estos factores modificables son los que más preocupan, ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.

Dado que la diabetes tipo 2 suele pasar inadvertida varios años antes del diagnóstico, y al desarrollo potencial de complicaciones muchas veces ya presentes al momento del diagnóstico, debe enfatizarse la prevención primaria de la enfermedad, mediante identificación y modificación de factores de riesgo, concientizando al paciente del riesgo real y la posibilidad de la prevención mediante la modificación del estilo de vida: dieta adecuada y ejercicio. (Alpizar, 2001).

El siguiente apartado se refiere al diagnóstico ya que considero importante que el psicólogo de la salud que se dedica tanto a la prevención como al cuidado del enfermo con DM, además de conocer los factores de riesgo inherentes, también conozca los criterios diagnósticos, ya sea para intervenir en su tratamiento o para canalizarlo con otros profesionales de la salud expertos en otras áreas.

Diagnóstico

Alpízar y González (2001), nos hablan de tres criterios diagnósticos de diabetes:

1. Síntomas de diabetes más una cifra casual (no necesariamente en ayuno) de glucemia ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
2. Glucemia de ayuno ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l), por más de dos ocasiones.
3. Glucosa ≥ 200 mg/dl a las 2 horas en la curva de tolerancia con una carga oral de 75 g de glucosa anhidra.

Después de esto, de acuerdo con Robles (2004), cuando una persona se entera que tiene una enfermedad crónica experimenta reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Este conjunto de reacciones emocionales, que se denominan duelo, constan de las siguientes etapas:

- a) Negación: Al enterarse del diagnóstico de una enfermedad crónica, buscarán una segunda opinión, no hablarán del tema, pedirán que no se mencione a nadie lo que tiene. Es decir, tratarán de ocultar, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad.
- b) Enojo: Manifestación de irritación con el hecho de estar enfermo.
- c) Desesperación y/o negociación: En este momento el paciente ha “aceptado” que padece la enfermedad, (en el sentido que ya no la niega), pero reclama o le parece “injusto” que le haya ocurrido a él. Transcurrirá un buen tiempo para que logre aceptarla realmente, sin enojo.
- d) Depresión: La mayoría de las personas experimentan síntomas depresivos, en algunos casos grave llegando a tener ideas de muerte o suicidio, por lo que requieren tratamiento psicológico o psiquiátrico.

- e) Reconciliación o aceptación de la realidad: En el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo. Si un paciente no alcanza esta etapa, “el duelo no está resuelto”, pues difícilmente se manifestará apego al tratamiento y a una calidad de vida aceptable.

Estas etapas o serie de reacciones emocionales no se presentan necesariamente o forzosamente de manera lineal. (Robles, 2004)

Además, en la medida que la enfermedad crónica avanza y se presentan ciertas consecuencias, es decir, en las fases, inicial, intermedia y final, existe una variación o fluctuación emocional (Herszen-Niejodec et al., 1999, cit. Robles, 2004). Las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentes son la depresión y la ansiedad. Es por ello crucial conocer tanto los aspectos psicológicos como psicosociales que se encuentran presentes cuando se padece DM, ya que en mi práctica profesional dentro de la Casa del paciente diabético pude observar varios de estos.

Aspectos psicosociales y psicológicos

Al respecto, existe evidencia que dicha enfermedad tiene consecuencias y tratamientos complicados, es de alta prevalencia en la población y afecta de manera importante la calidad de vida de las personas que la padecen. En un escrutinio nacional, Stewart et. Al. (1989) observaron que los pacientes con diabetes de ambos tipos experimentaron un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos. Este hallazgo resulta coherente con el reportado por Wells et. Al. (1988), quienes con base en un estudio psiquiátrico comunitario demostraron que los índices de depresión observados en pacientes con diabetes son más altos que los de la comunidad sana. Por su parte Jacobson et. Al. (1994) comprobaron que la

calidad de vida de pacientes con diabetes presenta un decremento a medida que aumenta la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad; por su parte Wikby et. Al. (1993), con base en un estudio longitudinal de dos años de pacientes con diabetes, determinaron que la calidad de vida influye en el control metabólico de éstos. (Robles, 2004)

La influencia de los factores psicosociales en la diabetes mellitus se conoce desde hace años. Thomas Willis en 1679 especuló acerca de “una pena prolongada” en la etiología de la diabetes. Posteriormente, Menninger afirmó que “la ansiedad y la depresión son características del patrón de personalidad del paciente diabético” (Menninger, 1935, cit. Vázquez, Arreola, et. Al. 1994).

Vázquez, et. al (1994), mencionan que actualmente se sabe que son:

- ⇒ Factores en la etiología de la diabetes.
- ⇒ Determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del paciente diabético
- ⇒ Consecuencias de la diabetes producto del desajuste agudo o crónico del paciente frente a la enfermedad.
- ⇒ Consecuencias psicobiológicas de la diabetes a nivel del sistema nervioso central.

No existe, a la fecha, una evidencia científica de una “personalidad diabética”, a diferencia de lo que se observa en otras enfermedades crónicas (Dunn, 1981, cit. Vázquez, et. al. 1994), sin embargo Lustman (1986, cit. Vázquez, et. al. 1994) encontró que el paciente con diabetes mellitus presenta un mayor grado de psicopatología que la población no diabética. En un estudio de 114 pacientes diabéticos tipo 1 (I) y tipo 2 (II), reportó que 71% tenían algún padecimiento psiquiátrico, el trastorno depresivo mayor representaba 33% de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada 41% y 14% sufría de un episodio depresivo al momento del

estudio. Además, en los diabéticos 1 y 2 la agorafobia y la fobia simple fueron los más comunes; la frecuencia de trastornos psiquiátricos fue mayor en aquéllos con mal control metabólico y la presencia de trastornos psiquiátricos aumentaba la incidencia de los síntomas propios de la diabetes.

En estudios recientes (Lustman, 1992, cit. Vázquez et. al. 1994) se informó que la edad de aparición de la depresión en la población general está entre los 27 y 35 años, la cual es similar a la edad de aparición de la diabetes tipo 2, la depresión procede al inicio de la diabetes. Y en la tipo 1 se presenta posterior al comienzo de la enfermedad.

Los síntomas de depresión que con mayor frecuencia se le atribuyen a la diabetes son: pérdida de peso, cansancio, hipersomnia, disminución de la actividad psicomotriz y pérdida del interés sexual. La evolución de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus suele ser crónica y severa y existen evidencias de que se relaciona con el descontrol metabólico del padecimiento. (Vázquez, et. al. 1994)

Respecto a las disfunciones familiares, se ha encontrado que 28% de los matrimonios de los pacientes diabéticos son pobremente funcionales mientras que 25% de sus familias son consideradas como inestables en relación a los controles. Las familias que cuentan con un miembro con diabetes suelen funcionar en base a características de excesiva fusión, incapacidad para resolver los conflictos, evitación y desviación de éstos a través del enfermo de la familia y una excesiva rigidez propios de una “familia psicósomática”, término descrito por Minuchin (1978, 1981, cit. Vázquez et. al. 1994). Algunas de estas características pudieron ser observadas y registradas durante mi estancia de trabajo en la Casa del paciente diabético. Por lo que resulta imprescindible involucrar a la familia

de los pacientes diabéticos en una dinámica de acompañamiento en torno al enfermo, a través del conocimiento de los cuidados que éste requiere.

Cuidados

El ser diabético implica cambiar y/o modificar ciertas conductas y estilos de vida para tratar de controlar la enfermedad, a esto le denominaremos cuidados, los cuales son:

- ❖ **Plan Nutricional o alimentario:** Se sugiere evitar la palabra dieta. El plan alimentario debe aportar los nutrientes apropiados para la edad, peso, las actividades, los gustos y el estilo de vida de la persona. Es decir buscar un equilibrio entre carbohidratos, proteínas grasas, vitaminas, y minerales. Se recomienda aumentar el consumo de fibras, reducir el consumo de grasas, evitar el consumo de azúcares industrializados. (Vázquez, 2002)
- ❖ **Actividad Física:** Se sugieren tres fases, la primera el calentamiento, seguida del trabajo físico y la tercera la recuperación. (Alpízar y Escalante, 2001).
Antes de iniciar cualquier actividad física se debe realizar un chequeo médico para evaluar la intensidad, frecuencia y tipo de ejercicio más recomendable, de acuerdo a la edad, grado de enfermedad, y condición física del paciente. (Vázquez, 2002)
- ❖ **Medicamentos:** Seguir el régimen prescrito por el médico, y solamente ingerirlos si han sido prescritos previamente. En el presente trabajo no se mencionan, pues está enfocado al tratamiento no farmacológico.

En resumen, una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio, y la ingesta de los medicamentos prescritos, son suficientes para lograr un adecuado control de glucosa (azúcar) y lípidos (grasas) en la sangre.

Para lograr dicho control es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario. Así pues, también se prevén cuidados en cuanto a:

- Oftalmología y/o optometría: Deben contar con chequeos constantes de la capacidad visual y de cualquier deterioro o problema que ésta presente como la retinopatía o catarata que inducen la pérdida de la vista
- Ortopedia: Sobre todo en el cuidado de los pies, para prevenir el pie diabético que es causa de frecuentes amputaciones.
- Psicología. En cuanto a ayudar al paciente a afrontar la enfermedad, a manejar adecuadamente el estrés, a adherirse al tratamiento y mejorar su calidad de vida.

En general lo que se pretende con el tratamiento es evitar o retardar las complicaciones de la DM, que es lo que mas influye en la mala calidad de vida pues afectan a todo el organismo y los enfermos se sienten muy mal tanto física como emocionalmente, por lo que considero importante hablar de ellas en el siguiente apartado.

Complicaciones

Como vimos anteriormente, la diabetes mellitus tipo 2 se encuentra asociada a resistencia a la insulina, o a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de la misma.

Actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anormalidades clínicas y genéticas en las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador.

Todo este conjunto de alteraciones sistémicas determina en los pacientes que padecen la enfermedad, el desarrollo de daño micro y macrovascular, y por consiguiente a manifestar las complicaciones agudas y crónicas del padecimiento. (Alpízar, 2001)

Las **complicaciones agudas** pueden ser:

- Hipoglucemia: Es una concentración de glucosa anormalmente baja en la sangre. Los síntomas que presentan los pacientes son: hambre, sudoración, temblor, ansiedad, palpitaciones. Confusión, conducta extraña, disminución del estado de alerta, dificultad para hablar. Náusea, boca seca, debilidad, visión borrosa, hormigueo alrededor de la boca. Si ésta se agrava puede provocar inconciencia y convulsiones. (op. cit.) Cabe mencionar que ésta es una complicación del tratamiento con insulina y/o hipoglucemiantes orales y se presenta de manera frecuente en los diabéticos.
- Cetoacidosis diabética: Hace referencia a una descompensación, está complicación se desarrolla en cuestión de horas y pone en peligro la vida del paciente. En ésta se presenta la deficiencia parcial o total de la insulina en el organismo, generalmente se desencadena por un aumento brusco en los requerimientos energéticos. Ejemplos habituales son enfermedades infecciosas —particularmente las urinarias y respiratorias—, cirugías, periodos de ayuno prolongado, aumento en la actividad física o suspensión o disminución de las dosis de fármacos hipoglucemiantes. Otro factor desencadenante puede ser el aumento súbito de las concentraciones de glucosa sanguínea, como resultado de una ingesta calórica extra —como puede ser una comida particularmente copiosa o la ingesta de alcohol—. (Wikipedia, 2007)
- Estado hiperosmolar no cetosico: Representa el estadio final de una descompensación metabólica grave en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 y pone en peligro su vida principalmente por la deshidratación concomitante.

Mientras que las **complicaciones crónicas** pueden ser:

- **Ateroesclerosis:** Esta complicación es dos a tres veces más frecuente en población diabética que en no diabética. 75 % de las muertes se debe a este padecimiento. Los factores que predisponen a esta complicación son: tabaquismo, hipertensión y la hipercolesterolemia; además de la hiperglucemia y la obesidad de tipo abdominal. (Alpízar, 2001)

Es un síndrome caracterizado por el depósito de sustancias lipídicas, llamado placa de ateroma, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. No debe confundirse con arteroesclerosis, aunque generalmente están ligadas (Wikipedia, 2007).

- **Retinopatía:** Daño en la retina, que puede llevar a la pérdida de la visión.
- **Nefropatía Diabética:** Consiste en el daño vascular y metabólico causado al riñón y es la principal causa de enfermedad renal crónica. Es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con diabetes mellitus. (Alpízar, 2001)
- **Neuropatía diabética:** Alteraciones en el sistema nervioso periférico principalmente en el área somática (sensitiva, motora o ambas) y al sistema nervioso autónomo.

Neuropatía periférica, que conduce a ulceraciones, artropatía de Charcot, alteraciones vasculares y amputación; Neuropatía autonómica con disfunción gastrointestinal, cardiovascular, genitourinaria y sexual.

- Las alteraciones cardiovasculares y cerebrovasculares son comunes en estos pacientes y no se debe olvidar los trastornos psicosociales. (Alpízar y González, 2001)

Tratamiento

Para Alpízar (2001) los objetivos del tratamiento de la diabetes mellitus son el control de los síntomas de hiperglucemia, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones agudas y crónicas.

Las metas del buen control continúan siendo: glucemia de ayuno entre 70 y 100 mg/dl, glucemia posprandial menor o igual a 140 mg/dl y HbA (hemoglobina glucosilada) $\leq 7\%$.

El tratamiento de la diabetes mellitus debe orientarse en 4 rubros:

- 1) Educación del paciente diabético. Debe iniciarse en el consultorio y apoyarse, de ser posible, en grupos multidisciplinarios creados para ello (Club del diabético), donde se les instruya en los conocimientos básicos sobre diabetes, sus causas, síntomas, signos, complicaciones y tratamiento. Es un hecho que la educación incrementa la capacidad del paciente de responsabilizarse de su tratamiento, lo ayuda a aceptar la enfermedad e influye benéficamente en el control.
- 2) Plan de alimentación. Recibe este nombre para eliminar la palabra "dieta" que el paciente rechaza, debe adecuarse a su contexto psicosocial, consiste en incluir de 20 a 35 calorías por kilo de peso ideal, distribuidas de tres a seis porciones diarias con proporción de carbohidratos 50-55%, proteínas 20-25% y grasas 30%. La cantidad y tipo de calorías totales depende de la actividad, peso, edad y patologías agregadas del paciente.
- 3) Ejercicio. El tipo de ejercicio se adecua a las características del paciente, pero se puede citar en general el caminar a paso vivo durante mínimo 30 min. Y de preferencia 45 min. Considerando las fases de calentamiento, activa y relajación durante tres a cuatro veces por semana, sin rebasar la frecuencia cardíaca máxima.

- 4) Medicación. Entre las medidas farmacológicas se cuenta con insulinas de acción rápida, intermedia y lenta, de origen recombinante, Insulina lis-pro, análogo de insulina humana resultado de cambios en la secuencia de aminoácidos, lo que le permite una disociación más rápida conservando su potencia.

Además, resulta conveniente identificar las crisis adaptativas por las que atraviesa el diabético desde el inicio y diagnóstico de la enfermedad. En una fase inicial es conveniente facilitar la expresión abierta de las emociones negativas asociadas a la pérdida de salud, tanto en el paciente como en sus familiares. Al momento del diagnóstico hay áreas que requieren más apoyo por: la incertidumbre y el miedo respecto al futuro, los sentimientos de culpa y coraje, la impotencia y desesperanza respecto al manejo de la enfermedad, el abandono de las metas en la vida por parte del paciente, y el reconocimiento de los ajustes que se requiere hacer en la vida ante una condición crónica. (Vázquez, et. al. 1994)

El tipo y cantidad de información que se proporciona al paciente deben valorarse individualmente; en momentos en los que la ansiedad es excesiva, la capacidad de procesar la información puede verse severamente limitada. Los mensajes con mejor fortuna son los breves, claros y simples. Deben darse en un clima de honestidad para favorecer la confianza. Por tal motivo, la formación de grupos de orientación interdisciplinaria ha mostrado ser de utilidad. (Vázquez y Gamiochipi, 1991; Etzwiler, 1986; cit. Vázquez, et. al. 1994). Bajo esta perspectiva, es necesario tomar en cuenta el tiempo de atención que pueden mantener los pacientes, especialmente cuando se trabaja con diabéticos tipo 2, de edad avanzada en los que las deficiencias cognoscitivas, la somnolencia asociada a hipoglucemia y la capacidad de memoria suelen representar limitaciones. (op. cit.)

El papel de la psicología de la salud en el manejo de la diabetes tiende a expandirse, ya que se pueden sumar componentes conductuales a los programas de educación de los pacientes diabéticos. La educación por sí sola no resulta adecuada para ayudar a los diabéticos a seguir su régimen (Goodall & Halford, 1991) (Cit. Branon & Fiest, 2001).

Ante tales circunstancias y retomando a Matarazzo (1995), los tratamientos únicamente médicos no reditúan los beneficios necesarios hacia la salud, por lo que es necesario identificar conductas que disminuyan el riesgo de la enfermedad, retarden la aparición de complicaciones inherentes y favorezcan otras conductas que ayuden a los individuos a conservar la salud, lo que implica un cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable.

En el presente trabajo, se abordará el tratamiento no farmacológico. Basándose en el modelo biopsicosocial y utilizando enfoques cognitivos conductuales para promover cambios en la conducta de la salud.

De acuerdo con Turabián (1993, cit. Fiorentino, 2004), cualquier proceso de promoción de la salud debe tener los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Cambiar conocimientos y creencias
- ✓ Modificar actitudes y valores
- ✓ Aumentar la capacidad para tomar decisiones
- ✓ Cambiar comportamientos
- ✓ Establecer ambientes saludables
- ✓ Conseguir cambios sociales hacia la salud
- ✓ Favorecer la capacidad y el poder de los individuos, grupos y comunidades.

Modelo Cognitivo Conductual

Si para tales efectos se utilizan modelos cognitivos conductuales, como es el caso del presente trabajo, debe saberse que tienen su origen en las teorías conductuales, y que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información, se caracterizan por considerar:

1) Que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante; 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el efecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos (Fiorentino, 2004).

Las terapias cognitivas se centran principalmente en la identificación y Modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. A los pacientes se les enseña:

- 1.- A reconceptualizar el problema desde un punto de vista cognitivo y a comprender cómo él mismo mantiene las conductas nocivas para su salud a través de determinadas creencias.
- 2.- Enseñarles habilidades de automanejo para que logre un mejor control de las situaciones.
- 3.- Practicar y experimentar el uso de estas técnicas y el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para que concrete un control efectivo de las conductas saludables.

Durante el proceso de reestructuración cognitiva deben identificarse los pensamientos automáticos (desadaptativos) acerca de la salud y la enfermedad, los errores en el procesamiento de la información y las reglas,

supuestos y creencias que están en base a lo que las personas dicen de sí mismas acerca de su salud. Después de esto, se entrena a los pacientes en técnicas para reemplazarlos por cogniciones alternativas más precisas y positivas. (op. Cit)

No obstante, para lograr resultados positivos, el paciente debe asumir los consejos y/o prescripciones dados por el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilos de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico, concepto conocido como adherencia terapéutica. (Tapia, 2000).

Existen datos que indican que sólo el 7% de pacientes diabéticos se adhieren a todas las recomendaciones necesarias para el adecuado control de la diabetes. (Cerkoney y Hart, 1980. cit. Puente, 2007)

Es por ello que en el siguiente capítulo hablaremos de la Adherencia Terapéutica, su conceptualización, importancia e implicaciones que tiene para las personas con diabetes mellitus la decisión de seguirla o no.

CAPÍTULO 4

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Ahora bien, para el tratamiento de la diabetes, los psicólogos de la salud participan tanto en la investigación como en el tratamiento. Los esfuerzos de los investigadores se han centrado en la manera en que los diabéticos comprenden y conceptualizan su enfermedad, el efecto del estrés en el metabolismo de la glucosa, en la dinámica familiar con los niños diabéticos y los factores que influyen en la adherencia de los pacientes a los regímenes médicos. Los psicólogos de la salud orientan su trabajo hacia la mejora de la adherencia a las prescripciones médicas, de manera que los diabéticos puedan controlar los niveles de glucosa en la sangre y minimizar sus complicaciones que pongan en riesgo su salud. (Branon & Feist 2001).

Sin embargo, se ha observado en diversas investigaciones que la adherencia por parte de los diabéticos al tratamiento es bastante pobre (Harris & Lustran, 1998; Jonson, Freund, Silverstein, Hansen & Malone, 1990; Jonson, Tomer, Cunningham & Henretta, 1990; Orme & Inc., 1989) (Cit. Branon & Fiest, 2001) y este problema es una de las principales preocupaciones de los psicólogos que atienden a los diabéticos. Un estudio arrojó datos más prometedores que demostraron el efecto de la hipnosis en la adherencia al régimen de tratamiento de la diabetes (Ratner, Gross, Casas & Castells, 1990). Si bien, la hipnosis difiere de las estrategias de manejo tradicionales de la diabetes, el estudio sugiere que dicha técnica puede resultar útil para mejorar el cumplimiento de los pacientes, incluso el caso de los diabéticos adolescentes. (Op. Cit)

Otra línea de investigación se centra en la comprensión de los pacientes diabéticos de su enfermedad y en la manera en que dicha comprensión afecta su conducta. (Gonder-Frederick, Cox, Juanbitt & Pennebaker, 1986) (Cit. Branon & Feist, 2001).

Además, también existe una relación entre el control metabólico con la adherencia terapéutica del paciente y el grado de apoyo proporcionado por sus familiares a través de determinadas conductas, evaluando el nivel de soporte que brindan y la satisfacción percibida por el enfermo. (Glasgow, 1988, cit. Vázquez et. al. 1994). Se consideran como conductas de apoyo acompañar al paciente a realizar ejercicio, comer los mismos alimentos que él y ayudarle a hacer ajustes a las dosis de insulina, por citar algunas.

En vista de que factores situacionales como el estrés y la presión social que condiciona a una alimentación inadecuada afectan a la adherencia, los programas que incluyen un componente de entrenamiento conductual pueden resultar muy útiles en el manejo de la diabetes. Por otra parte, la capacidad de resolver problemas mejora la adherencia de los diabéticos a la dieta, al ejercicio y a las pruebas de glucosa en la sangre (Toobert & Glasgow, 1991). Estos programas de manejo con orientación conductual pueden enseñar a los diabéticos a mantener un estilo de vida más saludable. (Cit. Branon & Feist, 2001)

Teorías de la Adherencia

Se puede decir que la adherencia es la medida en la que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico y de salud adecuado. (Haynes, 1979 b, cit. en Branon & Feist, 2001).

Existen varios modelos teóricos que se han utilizado para analizar el problema de la adherencia, los dos más utilizados son el modelo conductual y las distintas teorías cognitivas del aprendizaje. Mismos que se describen a continuación:

- Modelo Conductual de la Adherencia: Se basa en los principios del condicionamiento operante propuestos por B. F. Skinner (1953). La clave consiste en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo a adoptar el comportamiento deseado.
- Teorías Cognitivas del aprendizaje: Están basadas en los mismos principios que subyacen a los modelos conductuales, pero incluyen conceptos adicionales, como la interpretación de las personas y la evaluación de su situación, su respuesta emocional y su percibida capacidad para afrontar los síntomas de la enfermedad.

⇒ Teoría de la autoeficacia: Retoma el concepto de Albert Bandura (1986) de autoeficacia para explicar la adherencia y la no adherencia. Bandura ha afirmado que la creencia que tienen las personas acerca de la capacidad de adoptar comportamientos difíciles (como un programa de ejercicios) permite predecir el cumplimiento de dichos comportamientos. Dicho concepto hace referencia a la confianza que depositan las personas en su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el objetivo de obtener resultados deseados, específicos para una situación particular.

⇒ Teoría de la acción razonada: Asume que las personas son bastante razonables y que hacen uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse.

Se basa en la intención de las personas de actuar o no. Las intenciones están determinadas a su vez por dos factores. El primero es la valoración personal del comportamiento, en otras palabras, la actitud personal hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que dicho comportamiento producirá resultados positivos o negativos. Mientras que el segundo es la percepción de la presión social para llevar a

cabo o no la acción, es decir, la norma subjetiva, modelada por la percepción acerca del valor que otras personas importantes otorgan al comportamiento y por su motivación en el cumplimiento de dichas normas. (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975, Cit. Branon y Feist, 2001).

⇒ Modelo de creencias sobre la salud: A partir de los trabajos de Hochbaum (et. al, 1958, cit. Branon y Feist, 2001), se han desarrollado numerosas versiones de este modelo. Una de las que ha suscitado la mayor atención y ha generado varias investigaciones es la de Becker & Rosenstock (Becker, 1979; Becker y Rosenstock, 1984; Rosenstock, 1990; Strecher, Champion & Rosenstock, 1997, op. cit)) Sugiere que las creencias contribuyen significativamente al comportamiento de búsqueda de la salud. Incluye cuatro creencias o percepciones, que son interactivas: 1. La susceptibilidad percibida a la enfermedad o a la incapacidad. 2. La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad. 3. Los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud. 4. Las barreras percibidas para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal.

Como revisamos anteriormente existen varias teorías que explican el por qué un paciente decide o no adherirse a un tratamiento, dicha decisión le generará mayor o menor grado de estrés. En el siguiente apartado se hablará de su definición, así como de la manera en cómo éste puede ser afrontado, las herramientas necesarias para alcanzar dicho objetivo que representaron un punto importante en mi trabajo dentro de la Casa del Paciente Diabético.

Afrontamiento al Estrés

Desde el inicio de la década de los sesenta, un modelo psicológico ha servido de guía para la generación de conocimiento y para la atención de los problemas de salud relacionados con el estrés, el modelo conocido como “estrés salud y enfermedad”; el cual ha sido propuesto desde una perspectiva psicosocial. En este modelo se parte del supuesto de que los efectos sumados que pueden tener los eventos de la vida cotidiana a los patrones de comportamiento de los individuos, junto con su personalidad y sus estrategias cognoscitivas de afrontamiento, y sus reactividades constituyen en si mismos la respuesta integral de estrés. Dos grandes tipos de consecuencias destacan posteriormente: los patrones de comportamiento no saludables y las reacciones fisiológicas, ambos identificados como precursores de las condiciones predisponentes a la enfermedad. (Palacios, 1998)

La definición de estrés varía en función del modelo teórico en que se dé tal definición. Se pueden diferenciar básicamente 3 modelos:

- I. Desde un punto de vista ambientalista, se habla de estrés como algo externo que provoca una respuesta de tensión. Es decir hace referencia a tal tipo de estímulos o acontecimientos que se denominan estresores debido a que desencadenan el estrés, que son fuente de éste. Este enfoque engloba a todas aquellas investigaciones que otorgan especial importancia a situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina de una persona debido a que son considerados generalmente como acontecimientos indeseables. (Colmes y Rahe, 1967, cit. Fusté-Escolano, 2004)

- II. En esta, segunda definición, el estrés ha sido definido como una respuesta y no como un estímulo. Fue inicialmente acuñado por

Hans Selye en 1926, definido como una forma de respuesta del individuo. Inicialmente usó el término estrés para designar la suma de cambios inespecíficos como la causa del daño a la salud. Posteriormente en 1974 definió al estrés como la respuesta inespecífica del individuo a cualquier demanda ya fuera interna o externa. (Palacios, 1998)

Dicha respuesta la dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta.

- III. Desde un enfoque más interaccionista, el “modelo transaccional” de Lazarus y Folkman (1986, cit. Fusté-Escolano, 2004). En él ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés entendida como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo. Ellos definen el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios o transacciones entre la persona, su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona entorno. Desde este enfoque se entiende al estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

De acuerdo con este modelo el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. En esta relación, las demandas

de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que cada una afecta a las otras. Por tanto, no hay acontecimientos universalmente estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales. (Palacios 1998)

La reacción de estrés debe ser considerada como una respuesta natural de adaptación a las demandas del ambiente. En los últimos años se ha demostrado claramente la relación que hay entre el estrés crónico y el estado general de salud de los individuos (Kielcolt y Glaser, 1986, cit. Palacios, 1998).

Se ha supuesto que el estrés juega un doble papel en la diabetes: como posible causa de la enfermedad y como factor que influye en la regulación de la glucosa en la sangre de los diabéticos (Wertlieb, Jacobson & Hauser, 1990). (cit. en Branon & Feist 2001)

Así, el estrés, desde la visión de Reynoso y Seligson (2000), se genera ante el diagnóstico de una enfermedad que el sujeto considere grave, ante la aparición de síntomas clínicos de enfermedad, ante la incertidumbre sobre el curso y la progresión de la enfermedad, ante la ignorancia del sujeto respecto de las posibilidades de tratamiento, ante las creencias, temores y actitudes del sujeto respecto a la enfermedad y el tratamiento. De esta forma el psicólogo de la salud tiene como actividad principal que el sujeto enfermo aprenda a afrontar su enfermedad. Para lograrlo, el enfermo requiere al menos de tres elementos:

- A. El contar con información sobre su enfermedad, tanto en lo general como en lo referente a su particular curso, pronóstico, tratamiento, complicaciones, reacciones colaterales ante la medicación,

reconocimiento de síntomas, perspectivas de vida y limitaciones físicas, entre otras.

- B. Que el sujeto enfermo, aprenda a tener la sensación de control sobre el medio, particularmente sobre la enfermedad o sobre las reacciones ante la terapéutica a través del uso de técnicas derivadas de la terapia conductual como la relajación, el manejo de contingencias, etc.
- C. Que el enfermo integre una red de soporte social que coadyuve tanto en su terapéutica como en sus cuidados generales. (op cit.)

En cuanto al último punto, la importancia del apoyo social ha sido subrayada; señalándose que a niveles bajos de estrés generado por eventos vitales no existieron diferencias en los niveles de hemoglobina glucosilada entre dos grupos, uno con escaso y otro con alto apoyo social; pero con niveles altos de estrés (jubilación, divorcio, muerte de familiares, dificultades económicas severas, etc.). la media de HbA1 para el primer grupo fue de 11.8 % y de 9.9 % para el segundo, con una p menor a 0.04. Lo cual sugiere que durante temporadas de estrés, el apoyo social puede proteger a los pacientes con diabetes de los efectos adversos a nivel fisiológico y conductual, favoreciendo el mejor control. (Griffith y cols., 1990, cit. Vázquez et. al. 1994).

Como se mencionó anteriormente, las fuentes de estrés para el paciente diabético son múltiples: el diagnóstico, la restricción dietética, la presencia de complicaciones agudas y crónicas, entre otras. De la forma en que el paciente aborde estos problemas dependerá su adaptación y, por tanto, su adherencia al plan terapéutico.

Se han descrito “crisis previsibles” (Hamburg, 1983, cit. Vázquez, et. al. 1994) que el paciente diabético debe afrontar en situaciones como las siguientes:

- 1.- Inicio y diagnóstico de la enfermedad. Las actitudes que se muestran desde que la enfermedad se manifiesta pueden convertirse en patrones de conducta hacia el tratamiento. (Por ejemplo la negación de la enfermedad).
- 2- Durante el curso de la enfermedad. Hospitalizaciones, complicaciones, confrontación con diversos tratamientos, no obtener el resultado esperado y cercanía de la muerte.

En relación a lo anterior, Weisman (1974, cit. Vázquez, et. al. 1994) ha dividido en 15 categorías las estrategias que utiliza el paciente para afrontar las “crisis previsibles” de la enfermedad. Cabe aclarar la utilización de todas las estrategias, o solo algunas de las que se mencionarán, dependiendo de las características de cada paciente.

Estrategias de afrontamiento:

- 1) Obtener más información (estrategia racional/intelectual)
- 2) Hablar con otros para disminuir la preocupación (compartir)
- 3) Tratar de reír, hacer bromas (revertir efecto)
- 4) Tratar de olvidarlo (supresión o negación)
- 5) Distraerse haciendo otras cosas (desplazamiento/disipación)
- 6) Tomar medidas en base a la comprensión del problema (confrontación)
- 7) Aceptar, cambiando el significado hacia algo más fácil de manejar (redefinición)
- 8) Rendirse ante lo inevitable (pasividad/fatalismo)
- 9) Hacer cualquier cosa precipitadamente (exoactuación)
- 10) Buscar alternativas posibles que negociar (negociación)
- 11) Beber, comer, automedicarse para reducir la tensión (bajar la tensión)
- 12) Aislarse, encerrarse (reducir los estímulos)
- 13) Culpar a algo o a alguien (proyección/externalización)
- 14) Atender las indicaciones de la autoridad (adherencia)

15) Autoacusarse por sus faltas, sacrificarse (sentir lástima por sí mismo).

Ante este panorama, el equipo de salud en contacto con el paciente debe favorecer aquellas estrategias que mejoren la adherencia terapéutica y aumenten la obtención de control de la enfermedad por el paciente y su familia. (Vázquez, et. al. 1994). Ayudando así a mejorar su calidad de vida.

Bajo estas premisas, describiré las actividades realizadas durante mi estancia profesional como psicóloga en la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa.

CAPÍTULO 5

CASA DEL PACIENTE DIABÉTICO CUAJIMALPA

Antecedentes

En vista del incremento de casos de Diabetes a nivel nacional, la Delegación Cuajimalpa de Morelos, encabezada por el C. Ignacio Ruiz López, tomó las medidas necesarias para brindar a la población servicios a nivel preventivo y de control en torno a la Diabetes Mellitus.

Es por ello que en febrero de 2004, se crea la Casa del Paciente Diabético (C.P.D.) ubicada en Av. Puerto México, S/N, Zentlapatl.

Su creación fue promovida también por, el Subdirector de Asistencia Médica, debido a que en 28 años de experiencia trabajando para su comunidad, detectó que en Cuajimalpa existía una gran población con diabetes, que se volvía más vulnerable por no tener acceso a ningún tipo de seguridad social y que por ser de bajos recursos económicos, no contaban con la posibilidad de atenderse en servicios de salud privados, por lo que principalmente, (más no exclusivamente) es a ese tipo de población para quien se destinó la creación de dicha Casa. (Ramírez, 2007).

Por su altitud, Cuajimalpa (Quauhuximalpan, “sobre el cerro de las astillas de madera” o “lugar donde se talla la madera”) (La astilla, 2004) posee un clima frío, una característica es su extensa zona de bosques. La urbanización de Cuajimalpa ha sido tardía en comparación al crecimiento de la ciudad de México. El clima limitó el número de pobladores en Cuajimalpa; todavía en 1960 había 19,199 habitantes según el censo de ese año. Algunos gobernantes trataron de evitar su urbanización.

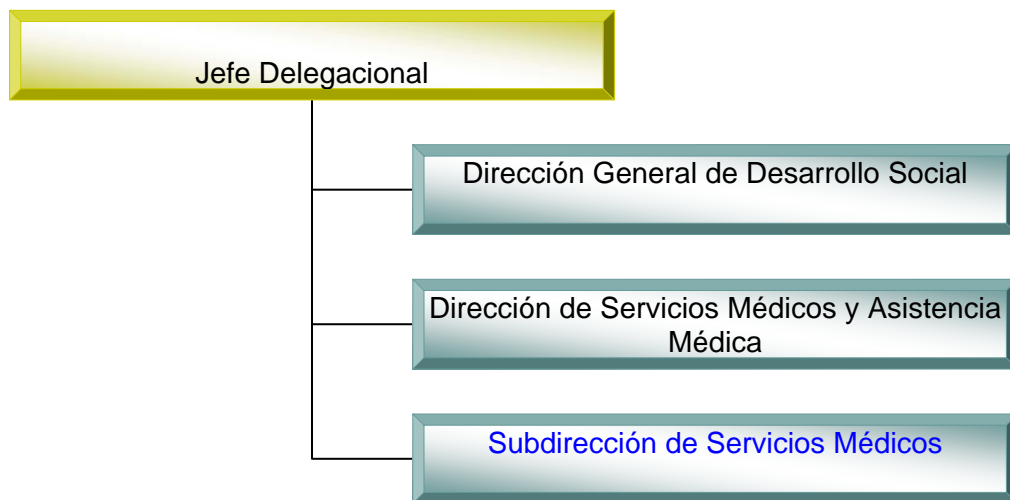
Fue después de 1966, pero sobre todo a partir de 1990, cuando se realizaron diversos desarrollos urbanos en Cuajimalpa. En el censo del 2000 se establece una población de 151 222 habitantes, pero se calcula que la cifra está subestimada. (México Desconocido, 2005), y aunque no se conoce con exactitud el número de enfermos con diabetes mellitus, también se estima un incremento considerable.

Cuajimalpa es una zona donde existen muchos contrastes. Por un lado, existen grandes zonas comerciales, con modernos edificios que albergan empresas, oficinas corporativas y fraccionamientos, y por el otro, se conservan pueblos de una intensa vida cultural que preservan sus tradiciones, inclusive existen terrenos que siguen siendo cultivados por los pobladores. (Ramírez, 2007)

Y aunque, en general se cuenta con todos los servicios públicos: pavimentación, alumbrado, transporte, luz, agua potable, servicio de limpia. En las orillas de dicha demarcación aún existen calles sin pavimentar, algunas casas están ubicadas en laderas, en zonas de alto riesgo, de hecho, utilizan costales de tierra o trozos de madera que colocan a manera de escaleras. Además existen terrenos sumamente accidentados como barrancas que deben cruzar por medio de veredas o escalinatas, muchas veces improvisadas, para llegar al centro delegacional. (op. cit.)

Descripción de la Institución

En lo que a administración se refiere, correspondía a la Subdirección de Servicios Médicos de la Delegación Cuajimalpa de Morelos; particularmente al Dr. Rodolfo Castillo Rivas, como puede observarse en el siguiente organigrama:



No se requirió de una gran inversión económica puesto que las instalaciones que hoy ocupa la C.P.D. fueron utilizadas previamente como consultorio comunitario; por lo que solamente se requirió realizar algunas modificaciones (Castillo, 2004).

Además, la Casa, brindaría atención a población diabética, residente en Cuajimalpa, a bajo costo.

De inicio, la C.P.D. contaba solamente con los servicios: médico, nutrición, trabajo social y enfermería.

A partir del mes de julio de 2004 se contó además con los servicios de psicología, optometría y ortopedia.

Con lo anterior se logró consolidar un equipo de salud multidisciplinario para la atención del enfermo con diabetes.

Cada uno de los servicios, contaba con su consultorio o cubículo, los cuales estaban equipados de la siguiente manera:

- Médico: Mesa de exploración, escritorio, 2 sillas, 1 archivero, 1 perchero.
- Enfermería: Báscula, escritorio, 2 sillas, esterilizador, refrigerador, botiquín; 1 glucómetro
- Nutrición: Escritorio, 2 sillas, mesa de exploración, archivero.
- Trabajo social: Escritorio, 3 sillas, 1 librero.
- Psicología: Escritorio, 3 sillas, 1 archivero.

Inicialmente las funciones de cada uno de los integrantes del equipo eran:

Psicóloga: Atención a público en general y población diabética, con un costo de \$17.30, con horario de 8:00 a 15:00, tres días a la semana y de 15:00 a 20:00 los otros dos días de la semana.

Médico: Consulta general con un costo de \$17.90 con un horario de 10:00 a 13:00 hrs. Fungía como encargado de la C.P.D.

Enfermera: Toma de signos vitales a pacientes en general; excepcionalmente aplicación de insulina, sin costo, con horario de 8:30 a 14:30.

Nutrióloga: Consulta general con un costo de \$13.90 con horario de 10:00 a 13:00

Trabajadora Social: Atención a personas con problemas legales, de maltrato físico, vagabundos y madres solteras. Sin costo. Horario de 8:30 a 14:30.

En el tiempo que laboré en la institución, se realizó la rotación de cuatro médicos además del cambio de adscripción de la nutrióloga.

Descripción de actividades realizadas

❖ Participación en Ferias de la Salud (Jornadas de Salud)

En las que se realizó promoción y difusión de los servicios. Del 19 al 21 de julio del 2004. En la explanada Delegacional, se colocaron diversos stands informativos, en donde participaron diversas instituciones: SSA, DIF, CIJ, MEXFAM, Casa del Paciente Diabético (C.P.D.). De hecho, fue el primer acto público para dicha casa. Se realizó un registro de personas diabéticas interesadas en asistir a dicho espacio. Posteriormente las llamamos por teléfono para invitarlas, algunas asistieron, hablamos del 11% de los registrados (9 personas). El total de personas fue de 87, entre enfermos y familiares.

❖ **Establecimiento de Misión de la C.P.D.**

Al notar que no existía, se escribió, se presentó al subdirector médico, fue aceptada y colocada en los pasillos C.P.D. Además, incluida en un tríptico de difusión que se presenta más adelante.

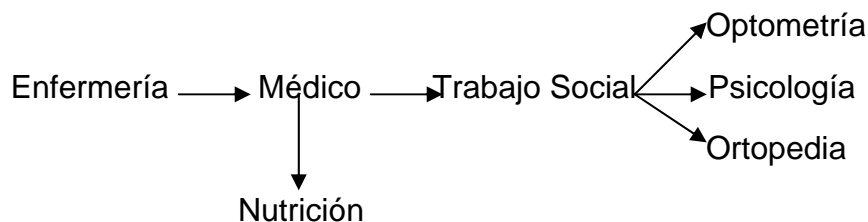
“Brindar al paciente diabético atención multidisciplinaria de calidad para apoyarlo y acompañarlo en su trayecto, permitiéndole conocer sobre su enfermedad, las causas y consecuencias; aprender a afrontarla como una enfermedad controlable y elevar a sí su calidad de vida.

Que el paciente diabético y su familia no vean la enfermedad como una limitante, sino como un nuevo estilo de vida que les permitirá seguir sintiéndose y siendo útiles y valiosos para sí mismos y para la sociedad”.
(Telésforo, 2004)

❖ **Propuesta de ruta del servicio para trabajo multidisciplinario.**

La dinámica de trabajo, al ser la casa de recién apertura, se fue definiendo poco a poco, se apostó al trabajo multidisciplinario, proponiendo la siguiente ruta del Servicio:

RUTA DEL SERVICIO



Psicóloga

- Atiende al paciente con trato amable, respondiendo todas sus dudas.
- Realiza diagnóstico, evaluación e intervención
- Registra en carnet de citas la fecha de la consulta.
- Cobra consulta
- Realiza talleres dirigidos a personas diabéticas y sus familiares, con el objetivo de que conocieran la diabetes mellitus, sus características, síntomas, consecuencias, cuidados. Cómo el ser portador de ella modificaría su estilo de vida y la manera en cómo podrían manejar el estrés que esto, entre otros muchos factores, les generaría.
- Entrega informes semanales de lo recaudado por concepto de consultas.
- Asiste a reuniones mensuales en las que intercambia experiencias con el equipo de trabajo.
- Canaliza pacientes a otros servicios (ortopedia, optometría o trabajo social), según corresponda.

Como se acaba de describir, algunas de las actividades que realicé en la CPD, no corresponden a mi función como psicóloga, sin embargo por la escasez de personal y con el afán de contribuir al buen funcionamiento de dicha institución tanto yo como los demás integrantes del equipo de salud, realizamos funciones complementarias a nuestra actividad.

A continuación se describen también las actividades de los demás profesionales de la salud quienes dan un trato amable y responden todas las dudas del paciente. Entregan informes semanales de lo recaudado por concepto de consultas

Asisten a reuniones mensuales en las que intercambian experiencias con el equipo de trabajo.

Enfermera

- Recepción y registro del paciente
- Toma de signos vitales y realización de prueba de glucosa (azúcar) capilar.
- Le entrega su carnet, anotando: resultado de las tomas antes mencionadas, número de registro, tanto en carnet como en bitácora (siempre y cuando el paciente sea diabético y vaya a recibir atención en la C.P.D.)
- Canaliza con el médico
- Proporciona informes de los diversos servicios

Médico

- Da consulta,
- Programa cita posterior, anotándola en carnet
- Cobra consulta
- Formula expediente
- Canaliza a trabajo social

Nutrióloga

- Da consulta,
- Elabora plan alimenticio (dieta) para cada paciente.
- Programa citas, anotándola en carnet
- Cobra consulta
- Formula expediente
- Envía a trabajo social

Trabajadora Social

- Entrevista al paciente.
- Checa que se le haya entregado al paciente su carnet y que tenga un número de registro.

- Toma los datos del paciente para llevar, también, el registro.
- Realiza estudio socioeconómico, en caso de ser necesario para aplicar la exención de pago.
- Auxilia en la canalización a diferentes instituciones.
- Canaliza a optometría, psicología y ortopedia. Informando a los pacientes sobre el horario y dinámica para recibir atención de cada uno de los servicios.
- Contacta a los pacientes que no asistan a sus citas programadas, de ser necesario realiza visitas domiciliarias.
- Realiza periódico mural de manera mensual

Optometrista

- Proporciona consulta.
- Registra cita.
- Elabora diagnóstico y tratamiento
- Realiza seguimiento de pacientes.

Ortopedista

- Da consulta
- Registra cita
- Elabora diagnóstico y tratamiento
- Realiza seguimiento del paciente

Ahora que conocemos las funciones que cada uno de los miembros del equipo de salud de la Casa del Paciente Diabético realizaba, mencionaré algunas otras que realicé para beneficio de dicho espacio.

❖ ***Elaboración de un tríptico***

En el que se informaba de los servicios y beneficios que se recibirían al asistir a la C.P.D. Agosto del 2004 (Ver anexo, 5).

❖ ***Creación y seguimiento del grupo “Di@béticos en @cción”.***

Retomando la misión de la C.P.D. surgió la iniciativa de conformar un grupo de encuentro denominado “Di@béticos en @cción” dicho grupo se integró por personas diabéticas de diversas edades, con o sin seguridad social, que tendrían acceso a actividades, tales como: ejercitación física, talleres psicológicos, manualidades, paseos recreativos, club nutricional, círculos de estudio INEA, pláticas médicas informativas. Todos con carácter de gratuitos.

En dichos talleres las personas diabéticas tendrían la oportunidad de conocer sobre la enfermedad: factores de riesgo, consecuencias, cuidados; compartir experiencias, externar sus sentimientos, pensamientos, creencias y emociones, ser productivos y por ende mejorar su calidad de vida. Que las personas diabéticas revaloraran su vida. Que el índice de usuarios se incrementara.

El horario inicial para dicho grupo fue los miércoles y viernes de 12:00 a 14:00 hrs. (septiembre-diciembre). Posteriormente fue lunes y viernes de 10:00 a 14:00.

De inicio se comenzó trabajando con el taller de manualidades, en colaboración con la trabajadora social, activación física (básica), a cargo de la enfermera, y paseos recreativos.

En cuanto a los productos obtenidos, se programó 1 bazar, en el mes de diciembre. Las ganancias de dicho bazar fueron para cada uno de los participantes.

❖ ***Promoción y difusión de servicios y talleres***

Por medio de carteles, visitas a diversas instituciones públicas y privadas, spot radiofónico “Radio Cuajimalpa”. Los carteles eran colocados en lugares estratégicos, como: iglesias, escuelas, lecherías, tortillerías, y demás lugares públicos.

❖ ***Propuesta de talleres psicológicos.***

En el mes de septiembre del 2004, se propone iniciar con un primer taller dirigido a pacientes diabéticos, para brindarles información sobre diabetes, cuidados, tratamiento, alimentación, etc. Dicha propuesta es aprobada por el Subdirector de asistencia médica.

❖ ***Ejecución de talleres psicológicos***

De inicio, los talleres psicológicos no se pudieron realizar por falta de quórum. En este rubro se trabajó solamente de manera individual con 3 pacientes diabéticos.

La propuesta inicial, contemplaba iniciar los talleres en el mes octubre del 2004, a falta de quórum se suspenden y se reprograman para el mes de noviembre del mismo año. Nuevamente se suspende y es hasta febrero del 2005 que se inician. Se realizaron dos, el primero denominado “Conociendo la Diabetes”, de febrero a marzo. Y el segundo, “La Diabetes en mi vida”, en los meses de abril y mayo del 2005. Dichos talleres se describen a fondo en el capítulo 7.

❖ ***Vinculación con instituciones como INEA (Instituto Nacional para la educación de adultos).***

Se logra la apertura de un círculo de estudio, que opera los martes y jueves de 16:00 a 18:00 horas.

❖ ***Atención psicológica a población general y diabética***

En el periodo de julio 2004 a julio 2005, se atendieron 158 pacientes, pertenecientes a población general: niños adolescentes y adultos, con diversos problemas, mientras que se atendieron 23 pacientes diabéticos. Con un total de 507 consultas. (Ver capítulo 7 y anexo 1)

❖ ***Realización de depósitos bancarios semanalmente.***

Debido a que la consulta psicológica tenía un costo, los fondos recaudados por este concepto, eran depositados cada semana para hacerlos llegar a la oficina de Recaudación de fondos del Gobierno del Distrito Federal.

❖ ***Entrega de reportes semanales de pacientes atendidos.***

Como parte del trabajo administrativo, estaba realizar reportes semanales con el nombre del paciente, dirección, número de recibo de cobro, con la finalidad de realizar una estadística de la atención en cada uno de los consultorios comunitarios, entre ellos la Casa del paciente Diabético, en la Subdirección de Servicios médicos.

❖ ***Elaboración de Plan Anual, presentado ante la Dirección General de Servicios Médicos.***

Debido a la escasez de recursos y la necesidad de materiales se programaron reuniones con el Director General de Desarrollo Social (febrero del 2005) en las que se presentó un Plan Anual de actividades, que contemplaba las actividades a realizar por los diversos miembros del equipo, los requerimientos y los logros esperados, siempre anteponiendo el beneficio de los pacientes.

Dicho plan, estaba dividido por trimestres (4 en total), y por 3 rubros diferentes: a) consultas (médicas, psicológicas, nutrición, etc.), b) cursos, talleres y pláticas informativas c) capacitación y eventos (coloquios, asistencia a cursos y talleres, eventos deportivos y culturales, etc.)

❖ ***Participación en reuniones de trabajo, dentro y fuera de la C.P.D. acompañando al Subdirector Médico.***

Básicamente en la Coordinación Regional Cuajimalpa, de la Secretaría de Salud. En el que se trataban temas como: incidencia y prevalencia de la Diabetes Mellitus, nuevos casos, posible canalización a la Casa del Paciente Diabético e intercambio de estrategias para lograr mayor cobertura ante dicho problema.

❖ ***Asistencia a talleres***

Tales como: Adicciones, Salud del Adolescente, Diabetes Mellitus. Los dos primeros impartidos por MEXFAM, mientras que el tercero impartido por el Dr. Stan De Loach, Educador en Diabetes y Psicólogo Clínico (septiembre 2004).

❖ ***Propuesta para creación de un patronato y obtener así recursos.***

Debido a que la Casa del Paciente Diabético tenía necesidades de todos tipos se inició un bosquejo para creación de un patronato, sin llegar a un proyecto como tal, debido a la salida de dicha institución.

Como se puede observar las actividades que realicé fueron diversas, en donde ejercí funciones de:

Evaluación: Al aplicar cuestionarios con la finalidad de recabar información sobre los conocimientos y pensamientos de los pacientes hacia la diabetes mellitus; así como información que diera datos sobre algunos problemas de la población en general.

Diagnóstico: Descripción de los diversos problemas, tanto de población general como diabética. Así como la toma de decisiones en cuanto a si me competía o no atenderlo. Definir la gravedad o severidad del problema, indicar un tratamiento o realizar una intervención.

Tratamiento e intervención: Aplicando la terapia cognitivo-conductual, de forma individual y/o grupal. Ésta última con la población diabética. Al diseñar de talleres que incluían programas de ajuste a la diabetes mellitus.

Asesoría y Enlace: Al realizar los talleres, se cumple esta función, pues se pretende que a través de ellos, con las herramientas y conocimientos que adquirieron los pacientes, tendrán una mayor adherencia al tratamiento.

Prevención y promoción de la Salud: También se vio reflejado en el diseño y ejecución de los talleres, que pretendieron incrementar los conocimientos de la población diabética y de sus familiares, para que conocieran las

problemáticas en las que se ven inmersos los enfermos, así como la manera en que dicha enfermedad puede prevenirse. Así como, el que conocieran los diferentes especialistas con los que pueden asistir para lograrlo.

Dirección, administración y Gestión: Esta función, se refiere a la búsqueda del mejoramiento de los servicios, así como la actuación de los profesionales involucrados; así pues, se propone una ruta del servicio y se implementa el trabajo multidisciplinario.

Mientras que las áreas que abarqué fueron:

Psicosocial: Al trabajar con un grupo de riesgo, como lo es la población diabética, se brindó apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento.

Enseñanza: Al diseñar y lograr la implementación de programas educativos en los que participaron la comunidad diabética y sus familiares.

Investigación: Al almacenar información de manera sistemática, para posteriormente procesarla y analizarla. Este trabajo es un claro ejemplo de ello.

Administrativa: Al identificar las funciones y tareas propias como del resto del equipo involucrado.

Todas y cada una de las actividades que realicé dentro de la Casa del Paciente Diabético como psicóloga de la salud, aportaron e impactaron en diversos ámbitos de los enfermos con diabetes mellitus, incidieron, tanto en ellos como en su familia. Dichos aportes podrán observarse al revisar el capítulo en torno al análisis de resultados.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

EXPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES DE TRABAJO

Los productos de los doce meses de trabajo se presentarán en dos vertientes: Atención a público en general y Atención a pacientes diabéticos. En el cuadro 1 (ANEXO 1) se muestra la cantidad de consultas otorgadas por mes, en el que se incluyen tanto población general como diabética (23 pacientes en este último rubro). Cabe señalar que dicha exposición se enfocará particularmente en la población diabética.

Población en General

En este rubro se atendieron 158 pacientes de los cuales 107 pertenecieron al sexo femenino (67.72 %) y 51 al masculino (32.27 %). Utilizando Terapia Cognitivo – Conductual.

Las edades fluctuaron entre 7 y 70 años, en la siguiente tabla (tabla 1) se muestra el número de pacientes atendidos divididos en grupos de edades.

Edades	Número de pacientes
Niños (7-11 años)	11
Adolescentes (12-17 años)	15
Adultos	132
(18-20 años)	2
(21-30 años)	38
(31-40 años)	56
(41-50)	21
(51-60)	13
(61-70)	2

Tabla 1. Población general atendida, dividida por grupos de edad, en la que podemos ver que el grueso de atención se ubicó en el rango de 31-40 años con un 42.42%.

En la tabla 2 podemos observar los datos referentes al estado civil de dicha población.

Edo. civil	Casados	Solteros	Unión libre	Madre soltera	separados	divorciados	Viudos
	91	34	15	7	5	4	2

Tabla 2. Población general, estado civil.

En cuanto a la escolaridad reportada se obtuvieron los datos registrados en la tabla 3.

Escolaridad					
Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera técnica	Universidad	Analfabeta
43	45	24	29	14	12

Tabla 3. Escolaridad. Cabe señalar que en primaria y secundaria se tomó en cuenta que la hayan concluido o cursado algún grado de éstas.

Referente a las ocupaciones (tabla 4) se reportó lo siguiente:

Ocupaciones	
Hogar	56
Estudiantes	30
Comercio	16
Trabajo doméstico	12
Limpieza	7
Secretaria	7
Obrero	5
Profesionales	3
Educadora	3
Albañil	3
Cocinera	3
Almacenista	2
Desempleado	2
Campesino	2
mecánico, cajera, costurera, vidriero, enfermera, jubilado y nana	1 de cada una

Tabla 4. Ocupaciones.

Los motivos de consulta (tabla 5) pueden clasificarse de la siguiente manera.

Motivos de consulta	
Problemas de pareja	59
Mala conducta de hijos	43
Bajo rendimiento escolar	15
Problemas de autoestima	10
Violencia intrafamiliar	9
Duelo	9
Depresión	4
Abuso sexual	3
Fobias	2
Problemas psiquiátricos*	2
Celos	1
Homosexualidad	1

Tabla 5. Motivos de consulta. *Fueron diagnosticados previamente, presentaban nula adherencia terapéutica, solamente acudieron a una sesión.

Finalmente en cuanto al número de sesiones a las que acudieron, en la siguiente tabla se muestran los resultados.

Número de sesiones	Número de personas
De 1 a 3	93
De 4 a 7	34
De 8 a 11	12
De 12 a 15	11
De 16 a 19	5
De 20 a 21	3

Tabla 6. Cabe señalar que las sesiones se programaban de acuerdo a la saturación de la agenda; en total se atendieron 507 pacientes.

Población diabética

Se atendieron 23 pacientes diabéticos, en la tabla 7, se presenta un registro de datos generales.

No. Pac.	Sexo	Edo. civil	Edad	ocupación	escolaridad	Años con diabetes	No. sesiones	Seguridad social
1	M	casado	60	Encargado de salón	Lic. en Educ. física	10	12	IMSS
2	M	casado	64	campesino	analfabeta	12	10	ISSSTE
3	F	casada	60	hogar	analfabeta	8	4	SSA
4	F	casada	35	hogar	secundaria	3	10	Ninguno
5	F	casada	56	hogar	primaria	6	3	IMSS
6	F	casada	41	hogar	analfabeta	1	7	Ninguno
7	F	viuda	68	hogar	analfabeta	15	6	IMSS
8	F	Unión libre	37	comerciante	técnica	1	2	IMSS
9	M	casado	58	jubilado	2do. primaria	2	13	ISSSTE
10	M	casado	56	hogar	primaria	*2 meses	9	Ninguno
11	F	casada	46	hogar	técnica	4	5	Ninguno
12	F	casada	49	hogar	primaria	2	10	Ninguno
13	F	soltera	32	hogar	secundaria	16 *diabetes juvenil*	12	IMSS
14	F	separada	43	secretaria	secundaria	6	10	ISSSTE
15	M	casado	43	tablero	primaria	3	13	SSA
16	F	viuda	54	Hogar	primaria	11	15	IMSS
17	F	casada	31	Comercio	Téc. enfermería	3	10	IMSS
18	F	casada	47	hogar	analfabeta	1	2	Particular
19	M	casado	59	albañil	analfabeta	9	11	Particular
20	F	separada	52	Trab. doméstica	primaria	11	10	Ninguno

No. Pac.	Sexo	Edo. civil	Edad	ocupación	escolaridad	Años con diabetes	No. sesiones	Seguridad social
21	F	casada	52	Trab. doméstica	primaria	2	8	IMSS
22	M	soltero	28	desempleado	primaria	1	8	Ninguno
23	M	casado	27	albañil	primaria	3	15	Ninguno

Tabla 7. Datos generales.

En esta tabla se puede observar que solamente 8, de los 23 pacientes pertenecían al sexo masculino, mientras que 15 eran del sexo femenino. Y aún cuando el estado civil que prevalecía era casado, en el 98% de las parejas existían problemas maritales, principalmente ocasionados por disfunciones sexuales, cambios de humor, depresión y ansiedad.

Las edades fluctuaban entre 27 y 68 años, siendo la media de 45.1 años. Con un caso de “diabetes juvenil”. En la mayoría de los casos con un diagnóstico tardío de diabetes mellitus presentando, en algunos enfermos, complicaciones crónicas tales como: retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética.

Como se puede notar, la escolaridad registrada con mayor frecuencia fue primaria (10 personas), seguida de analfabeta (6 personas), secundaria (3 personas) , carreras técnicas (3 personas), mientras que a nivel licenciatura solamente se registro 1 caso. Este podría ser también un factor que impidiera la adherencia terapéutica, pues al no saber leer ni escribir y/o tener muy poca habilidad y capacidad para hacerlo, debido a la enfermedad, y no tener apoyo de algún familiar para que les ayudaran a leer las recetas, indicaciones e información que se les proporcionaba por escrito.

Aún cuando la ocupación de mayor incidencia era el hogar (11 personas) y quienes la llevaban a cabo eran mujeres, no contaban con información

nutrimental necesaria para elaborar alimentos que beneficiaran su salud, además, en algunos momentos que ellas intentaban realizar algún guiso apto para diabetes mellitus, era rechazado por su familia, eran criticadas y su autoestima se veía afectada.

En cuanto al número de sesiones a las que asistieron, fluctuaron entre 2 y 15. Los hombres asistieron en promedio 13 sesiones, mientras que las mujeres lo hicieron solamente 7.1 sesiones en promedio. Ellas referían que el hecho de dedicarse al hogar les quitaba mucho tiempo y no encontraban la manera de organizar sus actividades para lograr asistir a la Casa del Paciente Diabético.

Aún cuando solamente 8 personas no contaban con seguridad social, la asistencia a la Casa del Paciente Diabético se debía a que en ella se sentían escuchadas, atendidas; referían que los médicos les explicaban paso a paso lo que debían hacer, que les explicaban las consecuencias secundarias que tendría tomar ciertos medicamentos, aclaraban sus dudas. Y se sentían útiles al participar en los talleres. Pensaban que eran importantes sus experiencias y el hecho de compartirlas los hacían sentir vivos, felices; lo que aumentaba su autoestima y disminuía su estrés. Además, de alguna manera, los incitaba a intentar adherirse a su tratamiento, aunque fuera solamente en los días en que acudían a la Casa.

Y por qué no lo hacían todo el tiempo, pues bien, en general, la relación con sus familiares era muy conflictiva, la comunicación era escasa, en varios de los casos nula. Aunque cabe señalar que varios de ellos eran acompañados por sus familiares, ellos referían que esto se debía a su enfermedad. No contaban con acompañamiento alguno para llevar a cabo sus tratamientos (farmacológico y no farmacológico), actividad física, toma de medicamentos, plan alimentario, asistencia al médico. Dicho acompañamiento se presentaba solamente en dos de los veintitrés casos. Otro factor por el que se presentaba esta situación era por la falta de información sobre su enfermedad, lo que

había impedido que los familiares se involucraran. Todos estos factores no ayudaba a que tuvieran adherencia terapéutica.

De los pacientes atendidos en sesiones individuales, 16 de ellos se incorporaron, en alguno de los dos talleres que se realizaron.

En cuanto a los talleres se llevaron a cabo dos, a continuación describiré cada uno de ellos.

Taller 1 “Conociendo la Diabetes”

Fecha: 7 febrero al 11 marzo 2005

Lugar: Casa del Paciente Diabético

Horario: Miércoles y Viernes de 10 a 11 a.m.

Sesiones: 10 sesiones de 1 hr. cada una.

Participantes: Dirigido a pacientes diabéticos y a sus familiares, pertenecientes al grupo “Di@béticos en @cción” y a los pacientes diabéticos y familiares que recibían atención en la C.P.D.

Objetivo General: Dar información a los pacientes diabéticos y a sus familiares, sobre los tipos de diabetes, las causas, consecuencias, tratamientos y cuidados que debe llevar a cabo una persona con esta enfermedad. A través de pláticas informativas.

En este taller colaboraron dos de los médicos que estuvieron adscritos a la C.P.D. impartiendo sesiones informativas sobre salud y nutrición. Así como la optometrista.

Se aplicó un cuestionario de conocimientos, antes y después del taller. (Ver anexo 2) Destacando que a las personas que no sabían leer ni escribir, se les leyó y se anotaron las respuestas, esto con la ayuda de la enfermera.

Participaron 12 personas, dicho número variaba entre cada sesión, el mínimo fue 4 y el máximo 12.

Taller 2 “ La Diabetes en mi vida”

Fecha: 11 de abril al 16 de mayo 2005

Lugar: Casa del Paciente Diabético

Horario: Lunes y Viernes de 9 a 10 a.m.

Sesiones: 11 sesiones de 1 hr. cada una.

Participantes: Dirigido a pacientes diabéticos y a sus familiares, pertenecientes al grupo “Di@béticos en @cción” y a los pacientes diabéticos y familiares que recibían atención en la C.P.D.

Objetivo General: Conocer los factores psicológicos, físicos, económicos y sociales que han estado inmersos en la vida de los pacientes diabéticos al conocer el diagnóstico, tratamiento, cuidados y complicaciones en torno a la diabetes. A través de la presentación de estrategias de afrontamiento, para elevar la calidad de vida de los pacientes.

Se aplicó un cuestionario antes del taller. (Ver anexo 3) Destacando que a las personas que no sabían leer ni escribir, se les leyó y se anotaron las respuestas.

Al Final del taller se aplicó un nuevo cuestionario (ver anexo 4) para evaluar lo aprendido en el mismo.

Participaron 20 personas en dos de las sesiones, en las ocho restantes el número de participantes varió entre 8 y 16.

En ambos talleres la intención fue brindar a los pacientes diabéticos y a sus familiares un espacio en donde pudieran obtener información médica (médico general, optometrista, ortopedista), nutricional, psicológica, y de activación física, expresar sus dudas, sentimientos, pensamientos y acciones en torno a la enfermedad. Aprender a vivir con la enfermedad, y elevar así su calidad de vida. Además de identificar los factores psicológicos, sociales, físicos y económicos que están presentes al ser diabético. Así como aprender estrategias de afrontamiento ante dicha situación.

Hallazgos

Se realizó una exploración en relación a los conocimientos que los enfermos poseen acerca de la diabetes tomando como base los cuestionarios realizados durante los talleres y las observaciones hechas al inicio y al final de las sesiones, se encontró lo que se presenta en la siguiente tabla (Tabla 8):

Tabla 8. Comparación de hallazgos, al inicio y al final de los talleres.

Diabetes Mellitus	Antes	Después
Concepto	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Azúcar • Diabetes • Envenenamiento de la sangre 	Diabetes mellitus Diabetes Azúcar

Diabetes Mellitus	Antes	Después
Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Malas • Fuertes • Relacionadas a la edad. (De la Juventud, edad adulta y vejez. 	<p>Tipo 1</p> <p>Tipo 2</p>
Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones emocionales (sustos, corajes, alegrías) • Por sobrepeso • Por herencia • Mala alimentación 	<p>Herencia</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Emoción (susto, coraje)</p> <p>Mala alimentación</p>
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Ganas de orinar continuamente • Mucha hambre • Sed incontrolable • Dolor de huesos • Mal humor • Dolor de cabeza • Sudoración • Falta de concentración • Desvanecimientos • Debilidad • Cansancio • Diarrea 	<p>Sed excesiva</p> <p>Orinar continuamente y en mayor volumen</p> <p>Hambre excesiva</p> <p>Cansancio</p> <p>Dificultad visual</p>

Diabetes Mellitus	Antes	Después
Remedios y/o tratamientos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Tes amargos • Jugos • Herbolaria • Curanderos • Homeopatía • Alopática 	<p>Reconocen los beneficios de los tratamientos farmacológicos.</p> <p>Medicina alternativa</p> <p>Combinación de ambos</p>
Reacciones secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • Ni idea, lo ignoran, no lo saben. • Mareos • Cansancio • Mal humor • Disfunción eréctil 	<p>Menos temor a utilizar insulina</p> <p>Menor ansiedad</p>
¿Se puede curar?	<ul style="list-style-type: none"> • Es incurable • Se cura • Existe posibilidad de sanar • No existe posibilidad de mejoría. 	<p>No se cura, pero se controla.</p> <p>No tiene mejoría</p>

Diabetes Mellitus	Antes	Después
<p data-bbox="267 243 397 273">Cuidados</p> <p data-bbox="358 342 540 371"><i>Alimentación:</i></p> <p data-bbox="319 642 581 672"><i>Tratamiento Médico</i></p> <p data-bbox="345 945 555 974"><i>Actividad física:</i></p>	<ul data-bbox="699 348 1024 1192" style="list-style-type: none"> • Llevar una dieta • Dejar de comer • Comer verduras solamente • Dejar de comer pan y tortillas • Tomar medicamentos • Atención odontológica • Atención psicológica. • Hacer ejercicio (sin saber de qué tipo) • Caminar (sin saber frecuencia ni duración) 	<p data-bbox="1050 495 1372 525">Alimentación equilibrada</p> <p data-bbox="1154 594 1268 623">Ejercicio</p> <p data-bbox="1079 693 1343 722">Tratamiento médico</p> <p data-bbox="1057 791 1365 877">Tratamiento psicológico (grupos de autoayuda)</p>
<p data-bbox="267 1220 626 1249">Personas que involucradas</p>	<ul data-bbox="699 1220 911 1352" style="list-style-type: none"> • Médico • Odontólogo. • Familiares 	<p data-bbox="1161 1220 1258 1249">Médico</p> <p data-bbox="1144 1268 1274 1297">Psicólogo</p> <p data-bbox="1131 1316 1287 1346">Odontólogo</p> <p data-bbox="1122 1365 1299 1394">Optometrista,</p> <p data-bbox="1125 1413 1295 1442">Oftalmólogo.</p> <p data-bbox="1115 1461 1305 1491">Endocrinólogo</p> <p data-bbox="1096 1509 1325 1539">Trabajador social</p> <p data-bbox="1141 1558 1279 1587">Enfermera</p> <p data-bbox="1151 1606 1269 1635">FAMILIA</p>

Diabetes Mellitus	Antes	Después
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ceguera • Enfermedades del corazón • Amputaciones 	<p>Ceguera</p> <p>Daños en el riñón y corazón</p> <p>Pie diabético</p> <p>Hiperglucemia</p> <p>Hipoglucemia.</p>
¿Quién les dio el diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> • Médico endocrinólogo • Médico general • enfermeras 	Ya no lo perciben con enojo.
Estado de ánimo al enterarse	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Tristeza • Ansiedad • Enojo • Culpabilidad • Desinterés • Incredulidad • Desilusionados y espantados • 	<p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>(en menor medida que al principio)</p>
Reacciones	<ul style="list-style-type: none"> • No aceptación • Enojo • Aislamiento • Tomarlo como broma 	Aceptación. (50% de los pacientes)

Diabetes Mellitus	Antes	Después
Áreas en las que se perciben afectados	<ul style="list-style-type: none"> • Laboral • Social • Familiar • Económica 	FAMILIAR Económico Laboral Social

A continuación se hace una descripción de los datos presentados en la tabla anterior.

Solamente 2 de los participantes tenían un concepto claro y preciso de lo que es la Diabetes Mellitus. Se identificaron 4 formas en las que los asistentes se referían a ella: diabetes (10 personas), azúcar (10 personas), diabetes (2 personas) y envenenamiento de la sangre (1 persona).

En cuanto a los tipos de diabetes mellitus, hablan de 3 tipos: las malas, las fuertes y las relacionadas a la edad (las de la juventud, las de la edad adulta y la de la vejez).

Referente a las causas: por diversas situaciones emocionales (sustos, corajes, alegrías), por sobrepeso, por herencia, mala alimentación. Siendo la más citada la relacionada a situaciones emocionales (18 personas)

De los síntomas, hicieron referencia a: perder peso, ganas de orinar continuamente, tener mucha hambre, sed incontrolable, dolor de huesos, mal humor, dolor de cabeza, sudoración, falta de concentración, desvanecimientos, debilidad, cansancio, diarrea.

En relación a los remedios y/o tratamientos utilizados: tés amargos, jugos, herbolaria, curanderos, homeopatía y alopática (denominada como médico). Al referirse al rubro de la alopática, la mayoría, no conocen los nombres de los

medicamentos que toman, desconocen, por ejemplo, por qué algunos deben utilizar insulina y otros no.

Desconocen las reacciones secundarias que pueden tener al consumir algunos medicamentos utilizando frases como “ni idea, no lo sé, lo ignoro”, sin embargo, hacen referencia a mareos, cansancio, mal humor y disfunción eréctil.

De los 23 pacientes, solamente 1 cree que la diabetes mellitus se puede curar; el resto, menciona que es incurable. Que bajo ninguna circunstancia existe probabilidad de sanar (17), y 5 personas mencionan que ni siquiera existe posibilidad de mejoría.

En cuanto a los cuidados:

En primer lugar mencionaron llevar una dieta (refiriéndose a disminuir la comida, no a balancear la alimentación (9 pacientes); 1 paciente menciona dejar de comer; otros más hablan de comer solamente verduras (7 pacientes), y los restantes se refieren a dejar de comer pan y tortillas (6 pacientes).

En segundo lugar, tomar medicamentos prescritos (13), aunque a lo largo de los talleres mencionaron que no los toman como fueron prescritos (7), que los suspenden, o que cambian las cantidades sin vigilancia médica (3).

En tercer lugar, la atención odontológica, y la atención psicológica. Cabe señalar que solamente 2 personas las mencionaron.

En último lugar, hicieron referencia a hacer ejercicio, sin tener claro qué tipo de ejercicio, frecuencia e intensidad del mismo (15 personas), mientras que siete personas dijeron que se debía caminar, sin especificar frecuencia ni duración.

En cuanto a las personas que ellos consideran se deben de involucrar en el tratamiento de la diabetes mellitus, mencionaron: al médico (19 personas), al médico y al odontólogo (1 persona), al médico, odontólogo y familiares (3 personas).

Referente a las complicaciones: ceguera, enfermedades del corazón, amputaciones. Fueron las más citadas.

De los 23 pacientes, 1 fue diagnosticado por un médico endocrinólogo, 20 por médicos generales, 2 por enfermeras en campañas de salud. Refieren que al momento de darles el diagnóstico, los médicos mostraron “frialidad” (trato indiferente) mal humor de los médicos, percibido por ellos como enojo a lo que llaman maltrato. Además de que solamente 3 recibieron explicación de lo que era la enfermedad y lo que debían hacer para controlarla. Un paciente explica que el médico lo canalizó a diversos servicios como odontología, ortopedia, oftalmología, nutrición y psicología. Explicándole los beneficios que le traería el consultarlos

Hacen referencia a sentirse deprimidos (64 %), con tristeza (10 %), ansiosos (8.5 %), enojados (8 %), culpables (7.7 %) desinteresados, incrédulos, desilusionados y espantados (1.8 %), al momento de ser diagnosticados, sobre todo aquellos que no tenían o percibían ningún síntoma físico, antes de ser diagnosticados.

Además, refieren que dichos sentimientos han cambiado a lo largo de los años, en el transcurso de la enfermedad algunos se sobrepusieron rápidamente al impacto emocional del diagnóstico (8.7 %) y asumieron una actitud activa al darse cuenta que tenían la capacidad de autocontrolarse, buscar ayuda e informarse respecto a la enfermedad. Estas 2 personas refieren haber contado y seguir haciéndolo con el apoyo de su familia considerándola como primordial en su proceso de enfermedad, sin importar la gravedad, además de una atención médica constante y una estabilidad económica.

Por otro lado, hubo quienes refieren que dichos malestares persisten (12 personas 52.17 %) y en algunos casos se agravaron (9 personas, 39.13%).

Las acciones que llevaron a cabo al enterarse, van desde la no aceptación, el enojo, el aislamiento, en tomarlo como una broma y tratar de que su red social lo percibiera así a través de hacer bromas al respecto, hasta la evasión.

Se ven afectados en su contexto laboral, social, familiar, económico. En su rol de pareja, surgen varias problemáticas, destacando la disfunción y la inapetencia sexual.

Al final de los talleres y las observaciones, se obtuvo lo siguiente:

El 73 % de los pacientes mencionaron el concepto de la diabetes mellitus aunque siguieron nombrándola diabetis o azúcar. El 81 %, identificaron al menos 2 tipos de diabetes (tipo 1 y tipo 2).

Refirieron como causas de la enfermedad: la herencia, el sobrepeso (54%), emoción fuerte como susto y coraje (26 %) y por una mala alimentación (20 %). De los síntomas, el 76 % pudo identificar por lo menos 3; el resto mencionó más de 5 síntomas (24%).

En cuanto a los remedios y/o tratamientos utilizados, aunque reconocen las “ventajas” que los fármacos pueden proporcionarles (79 %), sus creencias siguen apuntando a la medicina alternativa y los remedios caseros (herbolaria, homeopatía, tes amargos, el mismo porcentaje para hombres que para mujeres (10 %). Y aquellos que deciden que lo mejor es combinar dichos tratamientos (11 %).

Cabe señalar que refieren tener menos temor hacia el uso de medicamentos como la insulina, y que identifican algunas reacciones secundarias que podrían presentarse.

Cuando se les pregunta si la enfermedad es curable, el 82 %, dice que no, pero hablan de control de la enfermedad. Se sigue presentando la percepción

de que no es curable y tampoco tiene mejoría en el 18 % de la población atendida. Señalando que son pacientes con un proceso de enfermedad muy avanzado, que presentan complicaciones graves como retinopatía, nefropatía diabética y neuropatía diabética.

En cuanto a los cuidados el 45 %, mencionan: alimentación equilibrada, ejercicio, tratamiento médico (médico general, ortopedista, optometrista) y tratamiento psicológico (grupos de autoayuda); mientras que el 40 % menciona solamente tratamiento médico, plan alimenticio y ejercicio. El 15 % restante, solamente mencionó el tratamiento médico y el plan alimenticio.

Además, mencionan que las personas que se deben involucrar son en primer lugar sus familiares, sintiéndolos como un apoyo primordial, el 93% menciona que el apoyo de la familia es básico dentro de la diabetes mellitus, sin embargo, solamente el 38 % logra percibir que cuenta con su familia.

Cabe destacar que fue dentro de los talleres donde se logró que se involucraran. Por tantos, dichos pacientes presentaron mayor adherencia terapéutica. También mencionan a los médicos y psicólogos, haciendo notar que éste es el primer contacto con este profesional, que ellos pensaban que eran para locos y que ahora saben que pueden ayudar muchísimo pues les dotan de información verídica y valiosa además les enseñan a enfrentarse a situaciones que les causan malestar (estrés). Los optometristas, oftalmólogos, trabajadores sociales y enfermeras también fueron mencionados. Es importante señalar que el hecho de que se hayan involucrado dentro del trabajo que se llevó a cabo en la Casa del Paciente Diabético, específicamente en el grupo de “Di@beticos en @cción”, fue lo que propició que los participantes de los talleres supieran la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario.

En cuanto a los aspectos psicosociales y psicológicos, disminuye el porcentaje de ansiedad y depresión (del 52.17 % al 33.5%) en los pacientes que habían reportado persistencia de dichos malestares; mientras que en aquellos que habían reportado que el malestar se agravó, el porcentaje permaneció constante.

Finalmente hablan de una buena relación médico-paciente, de una integración grupal y de sentirse más seguros ahora que poseen información que ellos consideran verídica. Reconocen el papel de la psicología y la importancia de contar con el trabajo en conjunto (multidisciplinario) en la Casa del Paciente Diabético, Cuajimalpa.

Como podemos observar, la aportación que como psicóloga de la salud realicé dentro de dicho espacio, incidió en los conocimientos y la percepción que los pacientes tenían en torno a la diabetes mellitus, así como la forma en cómo viven la enfermedad, y cómo el que sus familiares los apoyen es fundamental. Además de disminuir sus niveles de depresión y ansiedad. Lo que me lleva a las siguientes conclusiones.

CAPÍTULO 7

Conclusiones

Aunque son muchos los esfuerzos, trabajos, estudios e investigaciones, que han hecho posible que el papel del psicólogo dentro de la salud cobre relevancia y no quede en el plano secundario (Belar, Deardorf y Kelly, 1987. cit. en Landa, 1999), al insertarme en dicho ámbito, tuve que realizar mis propios esfuerzos por cambiar esta visión.

En la experiencia laboral que se relata en este escrito, se trabajó de manera multidisciplinaria, en el área de la Psicología de la Salud, teniendo como modelos el biopsicosocial y el modelo psicológico de la salud. Además, retomando la definición de salud de la OMS.

Se ejercieron las siguientes funciones y áreas de la psicología de la salud, funciones: Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento e intervención, Asesoría y Enlace, Prevención y promoción de la Salud, Dirección, administración y Gestión.

En relación a las áreas abarcadas fueron: psicosocial, enseñanza, investigación, administrativa.

Retomando los postulados del Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990) en cuanto a las tareas fundamentales que tiene el psicólogo a nivel de prevención, Ribes menciona tres niveles, en este trabajo fue posible llevar a cabo prevención primaria. Dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajjmalpa. De acuerdo con Alpízar (2001), este tipo de prevención en torno a la Diabetes Mellitus tipo 2 resulta importante debido a que esta enfermedad suele pasar inadvertida varios años antes de ser diagnosticada y por lo tanto presentar un

alto grado de desarrollo potencial de complicaciones, ante lo cual los pacientes y sus familiares deben estar informados.

Brindar información a los pacientes y a sus familiares sobre cómo y por qué prevenir la Diabetes Mellitus e interviniendo para encaminarlos a apegarse, tanto a su tratamiento médico (incluido oftalmología y ortopedia), como a las diversas actividades que le permitirán enfrentarse a ella como: plan alimentario, actividad física, y trabajo psicológico (el afrontamiento al estrés a través de la solución de problemas), los cuales les permitirán mejorar su calidad de vida.

Tomando en cuenta, como suponen Wertlieb, Jacobson & Hauser, 1990. (cit. en Branon & Feist 2001) que el estrés juega un doble papel en la diabetes, como causa y como consecuencia. Como psicóloga tuve como una de las tareas principales que el paciente aprendiera a afrontar su enfermedad a través de la información brindada. Que se sintiera parte de un todo, que revalorará su historia personal, elevar su autoestima; Modificar su percepción sobre la diabetes mellitus, que si bien no es curable si es una enfermedad que se puede controlar. Lograr que identificara los factores que incidían en sus problemáticas familiares, sobre todo en las de pareja. Así como que asumiera una actitud de lucha y afrontamiento ante la enfermedad, modificando sus cogniciones negativas con lo que su visión cambiara de una problemática a una oportunidad. Que entendiera que debe ser un elemento activo dentro del proceso salud-enfermedad. Todo esto a través de la intervención psicológica.

Además, corroboré lo mencionado por Vázquez y cols. (1994), en cuanto a que la participación de los familiares es crucial ante la Diabetes Mellitus, las consecuencias y los tratamientos que los pacientes requieren provocan cambios sustanciales en el estilo de vida de éstos, mismos que afectan a todo el núcleo familiar. Sobre todo ante eventos que provocan altos niveles de estrés.

Estoy convencida que es necesario poner más peso sobre este rubro, trabajar para lograr establecer políticas de salud y diseñar programas que logren involucrar tanto al enfermo como a sus familiares, en miras de obtener resultados favorables ante tal problemática. Aumentando así la adherencia terapéutica de éstos.

La falta de información que los pacientes tienen respecto a la Diabetes Mellitus provoca que tengan creencias erróneas, percepciones fatalistas lo cual les genera depresión, ansiedad y estrés; mismas que “disminuyen” cuando se les proporciona dicha información. Por lo cual es necesario impulsar talleres formativos e informativos en torno a la D.M. tanto dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa como fuera de ella; en centros educativos y diversos espacios públicos que cumplan con las instalaciones mínimas para llevarlos a cabo. Además de conformar grupos de apoyo como Di@béticos en @cción, en los que los pacientes aprenden a expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos.

El empleo de Terapia Cognitiva (de manera individual y grupal) permitió a algunos pacientes aprender diversas habilidades necesarias para enfrentarse a la enfermedad, responsabilizándose de su propio cuidado. La formación dentro de la FESI, aún cuando presenta varias corrientes (conductual, psicoanálisis, entre otras) hizo posible la utilización de dicha terapia.

El trabajo realizado dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa representa un intento para realizar aportaciones desde el campo de la Psicología de la Salud. A través del trabajo multidisciplinario, por lo que éste es un espacio abierto para todos aquellos profesionales, particularmente psicólogos de la salud que deseen colaborar en ella.

Realizándose las siguientes **propuestas**:

- Contar con una preparación adecuada en cuanto a la salud y la enfermedad: bases biológicas, cognitivas y afectivas del comportamiento; bases sociales incluyendo el conocimiento de las instituciones sanitarias y políticas de salud vigentes; bases psicológicas; trabajo multidisciplinario; cuestiones éticas y profesionales. De acuerdo a lo mencionado por Belar (1997, cit. Branon & Fiest, 2001)
- Respecto a este punto en mi formación profesional faltó reforzar lo referente a las bases biológicas y bases sociales, información sobre diversas instituciones de salud y conocer las políticas de salud vigentes.
- Estar concientes del tipo de población con las que se trabajará, sus características físicas, económicas y sociales, así como su perfil cultural, sus costumbres y tradiciones. Para poder emprender acciones en beneficio de ésta.
- Planear y ejecutar actividades poniendo énfasis en la promoción y difusión de éstas tratando de captar mayor número de personas.
- Enfocarse en la promoción y mantenimiento de la salud.
- Trabajar con población de educación primaria y secundaria para realizar funciones de prevención, promoción y mantenimiento de la salud, sobre todo a lo referente a hábitos alimenticios.
- Aplicar instrumentos previamente validados para obtener información a través de la investigación y poder así realizar programas de intervención.
- Realizar gestiones con algunos laboratorios para realizar eventos informativos, deportivos y recreativos. Así como el conseguir medicamentos a bajo costo.
- Elaborar una página Web. Como estrategia de difusión e información para la población diabética y sus familiares. La cual utilizaría los programas de Excel y Word, para diversas actividades. En excel, se elaborarían bases de datos que tomarían en cuenta 3 aspectos:

1.- Registro diario de niveles de glucosa, de cada uno de los miembros del grupo “Di@béticos en @cción”

2.- Reporte mensual, en donde notarían si mantienen un control.

3.- Gráficas mensuales y anuales, las cuales les permitirían observar los meses de mayor descontrol e identificar los factores que lo propiciaron.

Mientras que en Word existiría un “diario” en donde tendrían la posibilidad de escribir, sus emociones, percepciones, acciones, positivas y negativas, así como las consecuencias que éstas provocarían. Siempre enfocados en “lo que piensan”, “sienten” y “hacen”. Tanto a nivel individual como familiar. Además tendrían un espacio para un foro, en el cual compartirían experiencias con el resto del grupo.

El contenido general de la página sería: presentación, servicios, directorio, horarios, croquis de ubicación, artículos informativos, sitios de interés, Club de “Di@béticos en @cción”, publicación de trabajos realizados por diabéticos, historias de logros.

- Promover participación de voluntarios y prestadores de servicio social de diversas disciplinas.
- Creación de un patronato para obtener así recursos, necesarios para mejorar las instalaciones y el equipo.
- Sensibilizar y capacitar al personal que labore en la Institución para realizar trabajo multidisciplinario y mejorar la relación con los pacientes. Además de señalarles en lo que consiste el trabajo del Psicólogo y cuáles pueden ser los aportes de éste en el proceso de salud-enfermedad.
- Solicitar apoyo federal y revisión de políticas de salud para beneficiar a la población vulnerable, por un lado económicamente y por el otro por padecer enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes Mellitus.
- Los servicios de salud brindados deben ser revaluados y reorganizados adecuándolos a las características y necesidades de la población.

Espero que estas propuestas sean útiles y desarrolladas en breve, en beneficio de la comunidad a la que pertenezco y del futuro de la salud en México

Es sumamente preocupante que las cifras en torno a la diabetes mellitus vayan en aumento de forma tan acelerada. Y que esta pandemia esté afectando cada vez más a la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en 2030. Aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios. Casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en más de un 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. Es más, se prevé que entre 2006 y 2015 las muertes por diabetes aumenten en más de un 80% en los países de ingresos medios altos.

Ante tal panorama el papel del psicólogo de la salud es fundamental para el tratamiento de la diabetes mellitus pues no sólo los factores biológicos sino también los factores psicosociales tienen un enorme peso dentro de ella, en su origen y su curso. Y es el psicólogo el encargado de incidir en ellos a través de diversas técnicas.

Por lo que considero mi trabajo dentro de la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa, sumamente enriquecedor, ya que por un lado, me permitió adquirir experiencia, mejorar mi formación académica y aplicar los conocimientos adquiridos durante mi estancia en Iztacala. Y por otro lado, conocer a personas con tanto que aportar, los verdaderos expertos sobre diabetes mellitus son ellos, pues la viven a diario, solamente hacía falta poner nombre a cada una de sus vivencias. Estoy sumamente agradecida con cada uno de ellos, pues su participación y lucha son ejemplo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Aceves, D. y Alpízar, M. (2001) *Vigilancia Epidemiológica*. En: Alpízar, M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. (pp. 9-18) México. Manual Moderno.

Alpízar, M. (2001) *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. (pp. 29-37). México. Manual Moderno.

Alpízar, M. y Escalante, M. (2001) *Tratamiento*. En: Alpízar, M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. (pp. 165-167) México. Manual Moderno.

Alpízar, M. y González, J. (2001) *Criterios de Detección y diagnóstico*. En: Alpízar, M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. (pp. 41-50) México. Manual Moderno.

Álvarez, G.; Ríos, S. y Rodríguez, S. “*Afrontamiento y enfermedades crónicas degenerativas*”. En: Alternativas en Psicología Año XI Núm. 13 (pp. 67-71) Febrero-marzo 2006.

Becoña, E; Vázquez, F. & Oblitas L. (2000) *Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto u utopía?* En: Psicología de la Salud (pp. 67-109) México, Plaza y Valdés.

Branon, L. & Feist, J. (2001) *Vivir con una enfermedad crónica* (pp. 359-393) En: Psicología de la Salud. España: Paraninfo (cap5)

Branon, L. & Feist, J. (2001) Psicología de la Salud. Los retos del futuro (pp. 601-619) España, Paraninfo

Branon, L. & Feist, J. (2001) Psicología de la Salud. Adherencia a las prescripciones médicas (pp. 107-138) España, Paraninfo.

Branon, L. & Fiest, J. (2001) Psicología de la Salud. Cap. 3. La Búsqueda de Atención Sanitaria. México. Thomson Learning pp. 67-105

Bustos, H. (2000) La psicología en las instituciones de salud. Buenos Aires. Paidós.

Castillo, R. (2004) Entrevista inédita.

Díaz, J. (2004) El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. TRIBUNA. Recuperado en línea septiembre del 2007 en: <http://www.medtrad.org/pana.htm>

Dorantes A. y Viques, V. (2004) El quehacer del psicólogo de la Salud. FES Iztacala pp 31-58

Durán, G. L. (1998) La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: Rodríguez, O.G. y Rojas R. M. La Psicología de la Salud en América Latina. (pp. 61-81). México Facultad de Psicología UNAM, Porrúa

El Universal (2004) 11 febrero, inauguran Casa del Paciente diabético

Fiorentino, T. (2004) Conductas de la Salud. En: L. Oblitas (Ed) Psicología de la salud y calidad de vida. (pp. 57-81) México, Thomson

Fusté-Escolano, A. (2004) Comportamiento y salud. En: Oblitas (Ed), Psicología de la salud y calidad de vida (pp. 23-56) México, Thomson.

Grau, A. J. (1998) La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: Rodríguez, O.G. y Rojas R. M. La Psicología de la Salud en América Latina. (pp. 45-57) Facultad de Psicología UNAM, Porrúa.

Holtzman, W. (1993) Psychology and Health around the world. En J. Palacios y E. Lucio (Eds.) Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud pp. 349-359. Facultad de Psicología. UNAM.

La Astilla Quauhuximalpan, 2004. Publicación mensual

Labiano, M. (2004) Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (Ed), Psicología de la Salud y Calidad de Vida (pp 3-56) México, Thomson.

Landa, P. (1999) *El perfil profesional del Psicólogo en la prestación de servicios de salud*. Psicología y Ciencia Social. Vol. 3 (5) 32-37

Latorre, J. y Beneit, P. (1994) Psicología de la Salud: aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires. Lumen.

Matarazzo, J. (1995) Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea, 2 (1), 16-31

Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine. American Psychologist. Vol. 35, 807-817

Mercado, F.; Robles, L.; Moreno, N. y Franco, C. (2001) *Inconsistent Journalism: The coverage of chronic diseases in the mexican press.* Journal of Health Communication, Vol. 6 pp. 235-247.

México Desconocido. Cuajimalpa (2005)

Palacios, V. (1998) En estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento. En: Rodríguez, O.G. y Rojas R. M. La Psicología de la Salud en América Latina. (pp. 149-188). México Facultad de Psicología UNAM, Porrúa.

Puente, S. (2007) Cátedra de conceptos de salud y de enfermedad. Medicina a Distancia y Medicina Conductual. México, D.F. p. 237

Ramírez, M. (2007) Percepción social, trayectorias de atención y malestar emocional en un grupo de personas con diabetes, que asistieron a la “Casa del Paciente Diabético” en la Delegación Cuajimalpa. Tesis Profesional. Facultad de Psicología.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2000) *Salud, Psicología y Psicología de la Salud.* Psicología y Ciencia Social. Vol. 4 (1) pp. 45-52

Reynoso, L. y Seligson, I. (2002) Psicología y Salud en México. México. Facultad de Psicología UNAM. 13-31

Ribes, E. (1990) Psicología de la Salud: Un análisis conceptual. España: Martínez y Roca. El ámbito psicológico de la Salud. 15-21

Robles, R (2004) Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En: L. Oblitas (Ed), Psicología de la salud y calidad de vida (pp. 249-275). México, Thomson

Rodríguez, L. (2002) La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Psicología y Ciencia Social, 5 (1), 11-19

Rothenberg, R. y Koplan, J. (1990) Chronic disease in the 1990's Annual Review of Public Health. Vol. 11: 267-298

Silva, A. (2005) El papel del psicólogo egresado de la FES Iztacala. En línea septiembre 2007

http://psicologia.iztacala.unam.mx/cambio_curricular/documentos/perfil_psicologo.htm

Tapia (2000) Factores cognitivos en la Adherencia al Tratamiento. Red Salud Pública de México. En: Sistemas de Salud y Medicina a Distancia. México, D.F.

Vázquez, F. (2002) Sintiéndote bien con la Diabetes. México. Urano

Vázquez, F. Arreola, F. Castro, G. y cols. (1994) Aspectos Psicosociales de la diabetes mellitus. Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Vol. 32, 3 pp. 267-270

(www.who.int, 2006) Organización Mundial de la Salud. Definición de enfermedad, en línea enero 2006

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro 1. Número de consultas por mes, otorgadas por el servicio de Psicología en la Casa del Paciente Diabético Cuajimalpa, tanto a población en general como a pacientes diabéticos.

Mes	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Consultas	1 6	2 8	4 7	4 5	5 2	4 3	3 9	3 5	3 8	4 4	4 1	3 9	4 0
Total	507												

ANEXO 2

Cuestionario

Buenos días, a continuación le presentamos algunas preguntas que tienen que ver con lo que usted conoce sobre la Diabetes, le pedimos nos conteste dichas preguntas con la seguridad de que los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial y para fines de investigación. Por lo que no es necesario que escriba su nombre.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Servicio médico con el que cuenta: _____

- 1.- ¿Para usted qué es la diabetes?
- 2.- ¿Cuántos tipos de diabetes existen?
- 3.- ¿Cuáles son las causas de la diabetes?
- 4.- ¿Cuáles son los síntomas de una persona con diabetes?
- 5.- ¿Cuáles son los tratamientos para la diabetes?
- 6.- ¿Cree usted que la diabetes se puede curar?
- 7.- En caso de que su respuesta anterior sea afirmativa, díganos ¿cómo se cura la diabetes?
- 8.- ¿Cuáles son los remedios, tratamientos o medicamentos que usted conoce o ha escuchado para la diabetes?

9.- ¿Qué tratamientos, remedios o medicamentos ha utilizado para la diabetes?

10.- ¿Conoce las reacciones secundarias de los medicamentos, remedios o tratamientos utilizados para la diabetes? ¿Cuáles son?

11.- ¿Cuáles son los cuidados que debe llevar a cabo una persona con diabetes?

12.- ¿Qué cree usted que debe comer una persona diabética?

13.- ¿Considera que una persona diabética debe realizar algún tipo de ejercicio? ¿Por qué?

14.- ¿Qué partes del cuerpo considera que debe cuidar el paciente diabético? ¿por qué?

15.- ¿Qué personas cree que están o deberían estar involucradas en el tratamiento de la diabetes?

19.- ¿Cuáles son las complicaciones que puede tener un paciente diabético?

20.- ¿Cómo se enteró de este taller y por qué decidió asistir?

¡Mil Gracias por su colaboración!

Psic. María de Jesús Telésforo Ramírez.

ANEXO 3

Cuestionario

Buenos días, a continuación le presentamos algunas preguntas que tienen que ver con lo que usted ha sentido, pensado, y hecho a partir de que supo que tenía diabetes; así como de los diversos factores que se han presentado en este tiempo; le pedimos nos conteste dichas preguntas con la seguridad de que los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial y para fines de investigación. Por lo que no es necesario que escriba su nombre.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

- 1.- ¿Quién le informó que tenía diabetes?
- 2.- ¿Cómo le dieron el diagnóstico?
- 3.- ¿En donde y quién le dio el diagnóstico?
- 4.- Cuando empezó a enfermar, ¿Cómo se sentía físicamente?
- 5.- ¿Por qué cree que enfermó de diabetes?
- 6.- Actualmente, ¿cómo se siente físicamente y emocionalmente?
- 7.- ¿Qué sintió cuando le dieron el diagnóstico?
- 8.- ¿Qué pensó al recibir el diagnóstico?
- 9.- ¿Qué hizo al recibir el diagnóstico?

10.- ¿Cómo le afecta en su vida cotidiana la diabetes?

Amigos:

Familia:

Trabajo:

Escuela:

Economía:

Pareja:

11.- ¿A qué tratamientos, remedios y/o consejos ha recurrido para controlar la diabetes?

12.- ¿A sentido mejoría al utilizarlos?

13.- ¿A qué institución o instituciones ha acudido, quién se lo recomendó?

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para controlar la diabetes?

15.- ¿Su familia colabora en dichos cuidados, de qué manera?

16.- Al sentirse presionado, estresado, confundido, mal humorado, ¿qué acciones realiza para superarlo?

17.- ¿Qué sentimientos le genera el saberse y vivir enfermo?

18.- ¿Cree que el tratamiento que lleva actualmente le está ayudando a su diabetes?

19.- ¿Piensa que su diabetes puede tener alguna complicación?

20.- ¿Cuál es actualmente su meta respecto a la diabetes, qué le gustaría lograr?

¡Mil Gracias por su colaboración!

ANEXO 4

Cuestionario

Buenos días, a continuación le presentamos algunas preguntas que tienen que ver con lo trabajado en este taller. Le pedimos nos conteste dichas preguntas con la seguridad de que los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial y para fines de investigación. Por lo que no es necesario que escriba su nombre.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

- 1.- ¿Lo que más le gusto del taller fue?
- 2.- ¿Lo que le agradaría que cambiara del taller es?
- 3.- ¿Actualmente piensa que tener diabetes significa?
- 4.- En su vida cotidiana la diabetes le afecta de la siguiente manera:

Amigos:
Familia:
Trabajo:
Escuela:
Economía:
Pareja:
- 5.- Actualmente, ¿cómo se siente físicamente y emocionalmente?
- 6.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para su diabetes?

- 7.- ¿Actualmente, qué sentimientos le genera el saberse diabético?
- 8.- ¿Actualmente, qué pensamientos le genera el saberse diabético?
- 9.- ¿Actualmente, qué acciones realiza al saberse diabético?
- 10.- ¿Cómo es su relación familiar?
- 11.- ¿Qué tratamiento lleva actualmente para su diabetes?
- 12.- ¿Ha sentido mejoría? ¿A qué se lo atribuye?
- 13.- ¿Cuál es actualmente su meta respecto a la diabetes, qué le gustaría lograr?
- 14.- De manera general, describa 3 cosas que haya aprendido en este taller.

¡Mil Gracias por su colaboración!

Psic. María de Jesús Telésforo Ramírez.

ANEXO 5

TRÍPTICO INFORMATIVO

(Cara A)

<p>MISIÓN</p> <p>Brindar al paciente diabético atención multidisciplinaria de calidad para apoyarlo y acompañarlo en su trayecto, permitiéndole conocer sobre su enfermedad, las causas y consecuencias; aprender a afrontarla como una enfermedad controlable y elevar así su calidad de vida.</p> <p>Que el paciente diabético y su familia no vean la enfermedad como una limitante, sino como un nuevo estilo de vida que les permitirá seguir sintiéndose y siendo útiles y valiosos para sí mismos y para la sociedad.</p>	<p>DIRECTORIO</p> <p>C. Ignacio Ruiz López Jefe Delegacional</p> <p>C. Remedios Ledesma García Director General de Desarrollo Social</p> <p>C. Fabián Martínez Rodríguez Director de Servicios Sociales y Asistencia Médica</p> <p>Dr. Rodolfo Castillo Rivas Subdirector de Asistencia Médica</p> <p>Diseño Psic. Ma. de Jesús Telésforo Ramírez</p>	<p>Casa del Paciente Diabético</p> <p>Atención Psicológica</p> <p>Atención de Psicología y Asesoramiento</p> <p>Atención Oftalmológica (Oculista)</p> <p>Atención Próximamente Dental</p>
---	--	--

SERVICIOS

Médico

Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00

Lunes a Viernes de 15:00 a 20:00

Psicológico

Lunes, Miércoles y Viernes de

8:00 a 15:00

Martes y Jueves de 15:00 a

20:00

Trabajo Social

Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00

Nutrición

Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00

Optometría (Oculista)

Jueves 10:00 a 12:00

Ortopedia

Miércoles de 10:00 a 14:00

Próximamente Dental

DIRECTORIO

INFORMES

Casa del Paciente Diabético

Av. Puerto México S/N

Col. Zentlapatl

Delegación Cuajimalpa

Subdirección de Asistencia

Médica

Tel. 58 14 11 61

58 14 11 00 ext. 2174

TALLERES

Te invitamos a participar:

Popote

Pintura en cerámica

Arte Plumario

Activación Física

Manualidades

Tarjetería Española

Terapia psicológica en grupo

Paseos recreativos

Lunes y Viernes de 12:00 a

14:00 hrs.

¿Quieres aprender a leer y escribir, y terminar tú primaria o secundaria?

Círculo de estudio INEA

Martes y Jueves de 16:00 a 18:00 hrs.

ANEXO 6

“Di@béticos en @cción”



“Di@béticos en @cción”



¡Mil gracias por sus aportaciones!