



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Propuesta de taller para mejorar la calidad de vida
en personas con Diabetes Mellitus tipo 2”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

Azucena Guadalupe López Venegas

Director:

Edy Ávila Ramos

Dictaminadores:

María Cristina Bravo González

José Esteban Vaquero Cázares

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013.





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.

DEDICATORIAS

A mi mamá Pati por su gran apoyo, el cuál que me ha permitido llegar hasta este punto de mi vida, por la educación y valores que sembró en mí, por su cariño y comprensión, por ser una profesional ejemplar para mí.

A mi hermano Cris, por estar siempre presente, por los momentos juntos, por su gran cariño pero sobre todo por la chispa de alegría que le da a mi vida.

A Ale, por compartir su vida conmigo, por estar siempre presente, por crecer conmigo, por su apoyo, su paciencia, su alegría, por todas las pláticas cultivadoras, y por su amor y cariño.

A toda mi familia por el cariño y apoyo que siempre he recibido: a mis Abuelos Lupe y Aure por creer en mí y por las enseñanzas de sus historias, a cada una de mis tías y tíos por darme ánimo en la realización de mis proyectos, a mis primos por los buenos momentos y sobre todo a Tadeo por iluminar nuestras vidas.

A mi tío Javier, en especial, por ser una guía muy importante en mi camino, por sus apapachos, sus conocimientos y sus enseñanzas tan valiosas para mí.

A mis amigas y amigos de la facultad por compartir este proceso de formación profesional y de crecimiento personal.

A la memoria de Don Herminio y a todos los miembros del Grupo de Ayuda Mutua “Amigos Saludables” por permitirme realizar este proyecto y por el afectuoso trato que siempre recibí de todos ellos, principalmente al doctor Vizcarra por darme la oportunidad y confiar en mí.

A Edy por la dirección y apoyo para la realización de este proyecto, por su amistad y su alegría. A cada uno de los profesores dictaminadores por su tiempo, sus comentarios y sugerencias que enriquecieron este trabajo. Y a todos los profesores que a lo largo de la carrera contribuyeron a mi formación profesional.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. LA SALUD EN MÉXICO	12
1.1. Los principales problemas de salud en México	13
1.2. La Diabetes Mellitus	14
1.3. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	17
1.4. El Tratamiento de la DM2	18
2. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	23
2.1. El modelo biopsicosocial en psicología de la salud.	24
2.2. Enfoques teóricos en psicología de la salud	27
2.3. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)	31
2.4. La participación de los psicólogos de la salud en los GAM	32
3. CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS	34
3.1. Definición de Calidad de Vida	35
3.2. El impacto de la enfermedad crónico degenerativa en la calidad de vida	37
3.2.1. Impacto en el funcionamiento físico	37
3.2.2. Impacto en el funcionamiento psicológico	38

3.2.3. Impacto en el funcionamiento social	41
3.3. Intervención integral en el tratamiento de la enfermedad crónica	44
4. TALLER PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	49
4.1. Metodología	49
4.2. Procedimiento	51
4.3. Resultados	53
4.4. Discusión	64
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	73
A N E X O S	78

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo desarrollar un taller enfocado a mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2; el taller fue aplicado en un Grupo de Ayuda Mutua y constó de una fase pre y una post evaluación, estuvo enfocado a tres objetivos particulares: la educación del paciente, el fomento del autocuidado y la adaptación a un nuevo estilo de vida saludable mediante la aceptación de la enfermedad. Los resultados demuestran que el taller permitió mejorar los factores de calidad de vida y el control metabólico evaluados, principalmente en los niveles de ánimo negativo, bienestar social, síntomas físicos, Índice de Masa Corporal y triglicéridos. Se concluye que el taller puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM2 ya que está orientado a prevenir la aparición de complicaciones a nivel biológico, psicológico y social.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus tipo 2, calidad de vida, taller, tratamiento integral, educación, autocuidado, aceptación de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica controlable más no curable, de diferentes etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia, que resulta de un déficit en la secreción y/o acción de la insulina. La hiperglucemia crónica condiciona, a largo plazo, el desarrollo de nefropatía, retinopatía, neuropatía y complicaciones cardiovasculares. En México, la diabetes Mellitus tipo 2 es la enfermedad crónica que constituye el mayor problema de salud pública, es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores, también se relaciona con un incremento de dos a seis veces de infarto al miocardio y más de 10 veces con trombosis cerebral. El hecho de que la mortalidad y morbilidad en esta enfermedad sea resultado de complicaciones de la enfermedad indica la poca adherencia por parte del paciente al tratamiento y la falta de técnicas preventivas eficaces por parte del equipo de salud.

La incidencia de la adhesión terapéutica a las recomendaciones clínicas, varía; estimándose en torno al 50% la tasa típica de adhesión. La magnitud del problema sugiere que es muy importante por lo que debe ser la principal preocupación del sector salud. La falta de adhesión va a conformar con toda probabilidad, la principal causa de fracaso del tratamiento. Esto implica realizar un cambio de óptica, pasando del énfasis inicial en una atención médica continua, a una situación en la que los profesionales de salud trabajen en conjunto e involucren al paciente con el fin de que este se responsabilice de su salud y aprenda a llevar por sí mismo un manejo adecuado de la enfermedad (FAO, 2003). Además, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, señala la importancia que poseen el fomento de estilos de vidas saludables y la educación para la salud como parte del tratamiento efectivo integral para la prevención y control de la diabetes, poniendo de relieve el papel de las ciencias del comportamiento en su atención (Lugones, 2002).

Las reacciones del paciente frente a su enfermedad y la consecuente aceptación de la misma varían de una persona a otra y dependen de una serie de factores individuales tales como: las características de personalidad del paciente, su psicopatología previa, la calidad de sus relaciones intrafamiliares (tanto con su familia de origen como con su familia nuclear), sus redes de apoyo (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, asociaciones civiles, etc), los factores socioeconómicos y culturales como hábitos y estilos de vida, las características específicas de la enfermedad, entre otros. En ocasiones el enfrentamiento con la enfermedad permite que los pacientes reflexionen sobre ellos y sobre su vida (Morales, 1997).

La salud integral es un proceso dinámico que implica entender y valorar el propio estado, permitiendo al individuo que se percibe como sano pensar, sentir y actuar en efecto; y al individuo que se percibe en desequilibrio, iniciar procesos y acciones que lo conduzcan hacia la autorregulación y la recuperación de su bienestar. Así, el concepto de salud integral tal como lo entendemos, no está determinado por la calidad o la cantidad de síntomas y signos que en un momento dado una persona presente. Está influido por la posibilidad de percibirse y la capacidad de generar respuestas autorreguladoras haciendo un proceso de introspección que le permita contactarse con sus carencias, necesidades, recursos; reconociendo y permitiendo beneficiarse de las redes de apoyo circundantes, de la relación con los demás y siguiendo normas y parámetros establecidos por su contexto sociocultural. Concretamente estar sano, consiste en percatarse del estado general de salud, hacer una evaluación adecuada y actuar en consecuencia (Morales,1997).

Sin embargo, llegar a tener esta concepción y estado de salud en el caso particular de los pacientes con enfermedades crónicas, implica superar la pérdida de la condición anterior a la enfermedad que se padece. Normalmente un individuo puede elaborar su duelo a través de sus propios procesos psicológicos en busca de su bienestar lo cual lleva tiempo y dedicación por parte de la persona

diagnosticada e incluso en ocasiones puede ser requerida la intervención de especialistas

Los psicólogos de la salud han estado interesados en entender el motivo de las dificultades del compromiso y la falta de adhesión al tratamiento por parte del paciente y los clínicos unánimemente coinciden en señalar estas problemáticas como las más desalentadoras (Martínez, 2002). Entre muchas de las razones que pueden llevar a una persona diagnosticada con una enfermedad crónica a desentenderse del tratamiento, se encuentra el impacto emocional que tiene el individuo al recibir el diagnóstico, la falta de entendimiento de lo que significa la enfermedad, el tratamiento y los cuidados necesarios así como las implicaciones que tiene en su vida personal y social, el desafío, las limitaciones y renunciaciones a las que se debe enfrentar, etc. A su vez todos estos factores tienen que ver con un proceso de duelo el cual en muchos de los casos no termina positivamente, en su etapa más lograda que es la aceptación de la enfermedad (Martínez, Coco, Fraile, Casado, Domínguez y Ramos, 2007).

Nadie desea hablar de las pérdidas, sin embargo, no se puede escapar a ellas. A nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida, vemos a seres humanos enfrentando pérdidas. La palabra pérdida no se refiere exclusivamente a la muerte, sino también a la sensación dolorosa emocional que conlleva la separación, los cambios y las renunciaciones no solo a seres queridos, sino también a expectativas, ilusiones, etapas, salud, fuerza, etc. La pérdida es una parte ineludible del estar vivo, puede no ser justo, pero es real, y el enfrentarla es necesario, en cada pérdida se experimenta dolor, angustia, tristeza, etc., y tanto el dolor como la dificultad para superarlo dependerán de la intensidad de la pérdida y de los recursos psicológicos y sociales de la persona (Lugones, 2002).

Por lo tanto, los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus tipo 2 requieren el apoyo de los especialistas no sólo para llevar el tratamiento adecuadamente sino también para ayudarlos a comprender lo que

está pasando en sus cuerpos y en sus vidas, que los enseñen a manejar los problemas ante los cuales se enfrentan. Un tratamiento eficaz que permita la adherencia al tratamiento implica que médicos, nutriólogos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos trabajen en conjunto por la salud integral del paciente, que se involucre al paciente en su propio tratamiento, prepararlo para que interiorice las recomendaciones terapéuticas y tome a cargo la responsabilidad de su propia salud asimilando la enfermedad y adaptándose a un estilo de vida saludable.

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es desarrollar e implementar un taller para personas con Diabetes Mellitus tipo 2 orientado a mejorar su calidad de vida mediante tres objetivos particulares; el primero de ellos, que las personas conozca su enfermedad, es decir, la educación del paciente; el segundo objetivo, que los pacientes reciban entrenamiento en el manejo de su salud integral con el fin de fomentar el autocuidado; y el tercero, que las personas sean capaces de adaptarse a un nuevo estilo de vida saludable a través del proceso de aceptación de la enfermedad.

El contenido de la presente tesis consta de cuatro capítulos:

El primer capítulo “La salud en México”, plantea una definición de salud y examina de manera general la salud en la actualidad. Después se hace un breve análisis de los principales problemas de salud en México poniendo especial atención en las enfermedades crónicas no transmisibles como resultado de modernos estilos de vida no saludables. De esta manera introduce para hablar de la Diabetes Mellitus, como principal causa de mortalidad en el país, incluyendo estadísticas, definición y clasificación. Finalmente se explica la Diabetes Mellitus tipo 2, su sintomatología, factores de riesgo y tratamiento.

En el segundo capítulo “La psicología de la salud” se explica la importancia de la participación del psicólogo en los problemas de salud actuales, se desarrollan

brevemente los orígenes de la psicología de la salud, su definición y modelos. A continuación explica el reciente modelo biopsicosocial como alternativa a las limitantes del modelo biomédico tradicional y como una visión más amplia e integral de salud. Se explican también los enfoques teóricos en psicología de la salud y sus aportaciones. Un último apartado expone los llamados “Grupos de Ayuda Mutua” (GAM) como escenarios ideales para tratar diversas enfermedades que son difíciles de asimilar y que permiten una intervención integral y multidisciplinaria de los profesionales, explica un poco de su historia, utilidad beneficios y finalmente se habla de la participación del psicólogo en estos grupos.

En el tercer capítulo “Calidad de vida y enfermedades crónico degenerativas” se explica como una enfermedad crónica como la DM2 no sólo afecta biológicamente a la persona sino que también en el aspecto psicológico y social de su vida y por lo tanto si no es tratada en los tres aspectos su calidad de vida y su bienestar general se verá alterado. Seguido se define la Calidad de Vida, se describe detalladamente cómo afecta la enfermedad crónica en los tres aspectos del ser humano. Para finalmente presentar cómo es una intervención integral para el tratamiento de la enfermedad crónica, que incluye además del tratamiento médico la educación del paciente, el fomento del autocuidado, el proceso de aceptación y adaptación y el apoyo social.

En el capítulo cuatro “Taller para mejorar la calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2” se detalla la metodología empleada para el desarrollo del taller incluyendo la descripción de los participantes, escenario, materiales y aparatos, instrumentos de evaluación (Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos, cuestionario de síntomas físicos, Índice de Masa Corporal e índices de glucemia, el colesterol, los triglicéridos y la presión arterial) y diseño experimental así como el procedimiento en donde se describe lo realizado en cada una de las fases del taller (Fase I. *“Pre-evaluación”*, Fase II. *“Conoce tú enfermedad”*, Fase III. *“Aprende a cuidar tu salud”*, Fase IV. *“Aceptar la enfermedad”* y Fase V. *“Post-Evaluación”*). A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la

pre-evaluación y la post-evaluación que incluye las medidas descriptivas, las gráficas comparativas para cada uno de los factores evaluados y el análisis estadístico realizado. Finalmente se presenta la discusión que contrasta la teoría presentada con los resultados obtenidos, el análisis del taller en general, su utilidad, las problemáticas y limitaciones que surgieron y las sugerencias para futuras aplicaciones del taller.

1. LA SALUD EN MÉXICO

El tema de la salud desempeña un papel fundamental en la vida del ser humano. La concepción de la salud varía a través del tiempo y el espacio, sin embargo, instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha buscado definirla en términos universalmente entendibles para establecer teorías, prácticas y políticas que faciliten promover la salud con el fin de preservar la calidad de vida de las personas. En términos generales la salud se define como un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicológicos, sociales, económicos y espirituales, y no simplemente la ausencia de la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

La salud y la enfermedad se relacionan directamente con los modos de vida de las personas, así, con el paso del tiempo no sólo cambia su concepción sino también la manera en que se manifiestan en la sociedad. Tomando como fuente el último informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (2008), el estado de salud en general ha dado un cambio alarmante en los últimos años.

Un fenómeno relevante para esta situación ha sido la aceleración de la urbanización, con lo cual, se esperaría una mejoría en el estado de salud de las personas (debido a que las medidas sanitarias son mejores en las ciudades que en las zonas rurales), sin embargo, se tiene como consecuencia la estratificación social y económica además de la sobrepoblación en pequeñas locaciones lo que ha provocado que la mayoría de la gente viva en condiciones precarias de espacio y de sanidad además de estar expuesta a la contaminación y a los accidentes.

Debido a esta situación, a la globalización y a los nuevos estilos de vida citadinos, por un lado, se ha logrado a nivel mundial una considerable disminución de muertes causadas por desnutrición y enfermedades infecciosas, pero por otro, van en aumento las muertes causadas por enfermedades crónicas y no

trasmisibles como las cardiopatías, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes así como muertes causadas por accidentes y como resultado de la violencia humana (OMS, 2008). En todo caso, México no es la excepción.

1.1. Los principales problemas de salud en México

Según el Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012), las preocupaciones del país con respecto al tema de la salud, actualmente están enfocadas a padecimientos relacionados con enfermedades crónicas no trasmisibles y lesiones en comparación con las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición predominantes en el siglo XX. Como se mencionó anteriormente, esta transición se debe principalmente a las transformaciones que han ocurrido en el país relacionadas con la globalización, industrialización y urbanización que derivan en una marcada desigualdad en la calidad de los servicios de salud y en cambios comportamentales al dominar la práctica de estilos de vida poco benéficas para la salud. Esto último, ha traído secuelas graves a la salud haciendo a los malos hábitos alimenticios y comportamentales factores principales que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas.

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades que se desarrollan lentamente y que no siempre presentar signos o síntomas alarmantes durante su aparición, son irreversibles y si no son tratadas adecuadamente deterioran poco a poco uno o varios órganos del cuerpo. Así mismo, estas enfermedades se ven favorecidas por los estilos de vida sedentarios, los hábitos alimenticios poco saludables, factores genéticos, y factores psicológicos como la depresión y el estrés (Mercado y Hernández, 2007 en Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010). Las repercusiones de estas enfermedades son graves sobre todo en la calidad de vida de los enfermos además de que causan muertes e incapacidades prematuras y afectan la economía de la familia del enfermo y de la sociedad en general,

debido a lo costoso y permanente de su tratamiento (Cordova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernandez, De León y Aguilar, 2008).

Analizando de manera general los datos publicados por la Secretaría de Salud Pública (2008) con relación a las causas de mortalidad en el país, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar seguida por enfermedades del corazón, cerebrovasculares, crónicas del hígado, crónicas pulmonares, accidentes de tránsito, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, afecciones en el periodo perinatal y homicidios. De este modo, podemos observar que dentro de las primeras diez causas de muerte en México son, en su mayoría, enfermedades crónicas degenerativas.

Es por eso que las enfermedades crónicas degenerativas son tan alarmantes y es prioridad para el gobierno federal la intervención oportuna no sólo para el tratamiento integral y especializado que prevenga la aparición de complicaciones y garantice una mejor calidad de vida a los pacientes, sino también para prevenir su aparición en la población en riesgo. En México, las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con mayor impacto son: la hipertensión, el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2 (Mercado y Hernández, 2007 en Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010).

1.2. La Diabetes Mellitus

Estadísticamente, la OMS (2011) ha publicado que en el mundo existen más de 346 millones de personas con algún tipo de diabetes y más del 80 % de muertes causadas por esta enfermedad son en países de ingresos bajos y medios, además, casi la mitad de estas muertes se da en personas menores de 70 años de las cuales el 55% son mujeres, calcula también que si no se interviene a tiempo en 15 años las muertes causadas por esta enfermedad aumentarán en un 50%. La OMS ha observado que un 90% de los casos de diabetes corresponden a la de

tipo 2 y que si antes era raro que este tipo apareciera en niños, actualmente han aumentado a tal grado que en algunos países representa la mitad de los casos de diabetes Mellitus 2.

Lo que es alarmante para nosotros es que en el país la Diabetes Mellitus es la primera causa de muerte y se ha calculado que para el 2025 habrá más de 100 millones de mexicanos con diabetes, los costos para el tratamiento de esta enfermedad son muy altos, se calcula que en el año 2000 el tratamiento y la prevención de la enfermedad costó más de 15 millones de dólares (Cordova, Barrigüete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, De León y Aguilar, 2008). En México los pacientes diabéticos viven en promedio 20 años con la enfermedad y se presenta en personas entre los 35 y 40 años con más frecuencia, cada año se registran aproximadamente 200 mil casos de diabetes y fallecen unas 30 mil personas a causa de esta enfermedad (Moreno, 2001)

En definición, “la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por el aumento de las cifras de glucosa en sangre, al que se conoce con el nombre de hiperglucemia”, (Caja costarricense de seguro social, 2007, p. 15). Si la persona diagnosticada con esta enfermedad no lleva un tratamiento controlado puede llegar a causar un gran deterioro de la salud de la persona con graves complicaciones que afecten de manera permanente sus riñones (nefropatía), su corazón (aterosclerosis grave del corazón), incluso puede llegar a perder la visión (retinopatía), y a tener alteraciones de los nervios (neuropatía) que le provoquen amputaciones de las extremidades, reduciendo de manera drástica su calidad de vida y llevándolo finalmente a una muerte prematura y dolorosa.

La hiperglucemia en la Diabetes Mellitus es una reacción secundaria que puede ser causada por múltiples factores: cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza de manera eficaz la insulina que produce, lo que afecta el metabolismo de la glucosa ya que la insulina es una hormona encargada de regular la glucosa en la sangre.

Existen cuatro diferentes tipos de diabetes (Zarate, 1989 en Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010; OMS, 2011):

- La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) también conocida como insulino dependiente ó juvenil. Se desconocen sus causas específicas y hasta la actualidad no es prevenible. Se caracteriza porque la persona es dependiente de insulina ya que el organismo no es capaz de producirla. Los principales síntomas consisten en poliuria que es la excreción excesiva de orina, la polidipsia que es demasiada sed, polifagia que es hambre constante, pérdida de peso, cansancio entre otros.

- La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) o no dependiente de insulina ya que el organismo no puede aprovechar la insulina o el páncreas no produce una cantidad suficiente de ésta hormona o la que produce es de mala calidad. No se sabe a qué se debe específicamente su aparición pero se cree que es causada por diversos factores como peso excesivo e inactividad física. Los síntomas son los mismos que la DM1 solo que menos intensos o incluso puede ser asintomática y presentarse cuando la enfermedad ya está avanzada.

- La diabetes gestacional que sucede durante el embarazo y suele tener síntomas similares a la de tipo 2 aunque generalmente no se refieren y se detecta por medio de pruebas prenatales.

- La diabetes secundaria o llamada de otro modo intolerancia a la glucosa o pre-diabetes que es un estado de transición entre la normal y la diabetes corriendo el riesgo de desarrollar DM2.

1.3. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

De los tipos de DM, la Diabetes Mellitus tipo 2 es la más frecuente en México y arremete a las personas mayores de 40 años y a las que sufren de obesidad, se estima que somos el séptimo lugar en la escala mundial de casos de DM2. Estas estadísticas son alarmantes ya que revisando cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), cerca de 70% de la población en general, entre los 30 y 60 años, padece sobrepeso u obesidad, de los cuales el 26% son niños entre 5 y 11 años. Estos datos arremeten a que la diabetes mellitus tipo 2 deja de ser una enfermedad exclusiva de la edad adulta y nos colocan en el segundo país a nivel mundial con mayores índices de obesidad y por consiguiente con mayor riesgo de padecer DM2.

Además, la DM2 es una enfermedad asintomática en un principio lo que complica cuestiones como la detección temprana, la aparición de las complicaciones y la determinación de la etiología de la diabetes. Actualmente se han determinado diferentes factores como posibles causantes de esta enfermedad tales como: factores genéticos; una “programación” perinatal para condiciones metabólicas restrictivas que se complementa con una vida adulta caracterizada por la mala alimentación y el sedentarismo; cuestiones emocionales como el estrés; una alimentación rica en excesos de carbohidratos y grasas, y la disminución de la actividad física (Malacara, 2003).

A pesar de lo anterior, en la búsqueda por comprender las causas de la diabetes se ha logrado determinar agentes que permitan la prevención de la enfermedad combinándolo con cuestiones de probabilidad, predicción y pronóstico, denominados “factores de riesgo”. Los factores de riesgo pueden ser divididos en modificables y no modificables, siendo estos últimos en los que se puede incidir ya sea por medio de la intervención especialistas para lograr cambios en el estilo de vida con el fin de disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o aumentar la probabilidad de retardar o impedir su aparición (Alpizar, 2001).

Los factores de riesgo no modificables son: la edad igual o mayor a 45 años, los antecedentes de Diabetes Mellitus en un familiar de primer grado y los antecedentes de haber tenido un hijo con peso al nacer mayor a 4 kg. Los factores de riesgo modificables comprenden: la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el manejo inadecuado del estrés, los hábitos inadecuados de alimentación, los estilos de vida no saludables, tener un índice de Masa Corporal mayor o igual a 27 kg/m^2 en hombres y en mujeres mayor o igual a 25 kg/m^2 , la presión arterial con cifras mayor o igual a 140/90 mmHg, los triglicéridos mayores o iguales a 150 mg/dl y el HDL de colesterol mayor o igual a 35 mg/dl.

1.4. El Tratamiento de la DM2

Hasta la fecha no se ha descrito un tratamiento que pueda curar de manera definitiva ningún tipo de Diabetes Mellitus, sin embargo, se han desarrollado tratamientos destinados para la prevención y para mejorar la calidad de vida de los diabéticos. Alpizar (2001) describe una clasificación de los tratamientos en dos grandes grupos: preventivos e inmediatos.

Tratamiento preventivo.

Los tratamientos preventivos para la DM2 tienen como objetivo evitar su aparición o si ya se ha diagnosticado se busca evitar su progreso y las complicaciones agudas y crónicas. Así, la prevención se realiza en tres niveles distintos según las necesidades específicas de las personas que lo demandan y se divide en prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria (Alpizar, 2001):

- a) La prevención primaria.

Está enfocada específicamente a evitar la aparición de la enfermedad y debido a que esta enfermedad en un principio puede ser asintomática se propone intervenir

con base a los factores de riesgo y fomentando estilos de vida saludables. De este modo, por un lado se deberá intervenir en campañas que busquen contrarrestar los factores de riesgo modificables en toda la población, y por otro, identificar a la población de alto riesgo con la que se debe intervenir integralmente y de manera directa a través de seis vertientes: la educación de la salud mediante medios de comunicación que van desde la televisión, revistas, periódicos, folletos, publicidad, etc.; la promoción de la salud que busca corregir estilos de vida no saludables como la mala alimentación, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo etc.; la prevención y corrección de la obesidad; el uso moderado y controlado de medicamentos (diuréticos, corticosteroides, betabloqueadores); la promoción de la actividad física diaria; y la integración a Grupos de Ayuda Mutua que guíen a la persona a aprender sobre el cuidado de su salud.

b) La prevención secundaria.

Está enfocada a personas cuyo diagnóstico ha sido confirmado, por lo tanto busca retrasar el desarrollo de la enfermedad, librar cualquier alteración y prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas. La estrategia utilizada es educar al paciente con Diabetes para lograr el autocuidado. También se puede contar con el apoyo de los Grupos de Ayuda Mutua

c) La prevención terciaria.

Es dirigida a personas que ya se encuentran con complicaciones crónicas de la diabetes por lo que busca evitar la discapacidad del paciente por cualquiera de las complicaciones y la mortalidad temprana y en un estado degenerativo. En este sentido, en este tipo de prevención se requiere la intervención de profesionales especializados en la complicación y los estragos de éstas.

Tratamientos inmediatos.

Los tratamientos inmediatos hacen uso de determinadas herramientas que tienen como finalidad dar una atención integral a la persona diagnosticada con diabetes para mejorar su calidad de vida y comprende una serie de estrategias que se detallan a continuación (Alpizar, 2001; Caja Costarricense de Seguro Social, 2007; Secretaría de Salud Pública, 2006):

a) La educación.

Consiste en un sistema de información que es considerada una parte fundamental del tratamiento mediante diversas técnicas de enseñanza-aprendizaje. La educación no es parte del tratamiento es el tratamiento de la diabetes (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007) ya que proporciona al paciente las herramientas necesarias para entender lo que le pasa, como manejarlo y adaptarse conscientemente al tratamiento, reflexionar sobre la importancia de llevar hábitos alimenticios, de higiene y actividades que le permitan prevenir complicaciones y de este modo mejorar su calidad de vida.

b) La actividad física.

Esta herramienta es de suma importancia ya que ayuda a mejorar el efecto del tratamiento a tal grado que tiene grandes beneficios como: la disminución de la glucemia, la mejora de la eficiencia de la insulina, combate el exceso de peso y la obesidad al quemar grasas acumuladas, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca y de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de colon y osteoporosis, ayuda a prevenir y reducir la hipertensión arterial, contribuye al bienestar psicológico, reduce estrés, ansiedad y sentimientos de depresión o soledad, entre otros beneficios que en general mejora el estado de salud de todas las personas. Una persona con DM2 debe realizar cualquier actividad física como aerobics, caminar, bailar, nadar, etc. todos los días durante 30 minutos como mínimo. Es impórtate señalar que en ocasiones dependiendo el estado de salud

de la persona o la presencia de complicaciones de la enfermedad puede haber ciertas limitaciones y contraindicaciones con determinados ejercicios por lo que es importante consultarlo con el médico.

c) La alimentación.

La dieta tiene un papel fundamental en las personas con DM2 ya que la alimentación adecuada es considerada la base del tratamiento porque ayuda mejorar la efectividad de la insulina producida por el páncreas de manera natural y evita las complicaciones, además, en determinadas ocasiones, junto con la actividad física, puede sustituir el uso de medicamentos. De éste modo, las personas con DM2 deben llevar un tratamiento nutricional personalizado que comprenda la definición de horarios, organización de tiempos de comida y espaciamiento entre comidas durante el día, cantidad, tipo y distribución de carbohidratos grasas y proteínas.

d) Medicamentos.

En un inicio, en caso de que las acciones preventivas o alternativas, como las herramientas mencionadas anteriormente, no den resultado, o que el paciente se encuentre en un estado de complicación aguda o crónica, el médico deberá administrar medicamentos ya sea por vía oral (si el páncreas no produce buena o suficiente insulina) como los hipoglucemiantes que disminuyen los niveles de glucosa en sangre, estimulan la liberación de insulina y reducen la resistencia ante la insulina ya disponible, o bien, la administración de insulina (si el organismo deja de producir o produce insulina defectuosa).

e) Revisiones periódicas.

Las personas Diabéticas deben revisar sus niveles de glucosa diariamente para llevar un control y conocimiento de la enfermedad, conocer de los efectos de los

tratamientos llevados a cabo y ajustarlos si resulta necesario, así como identificar a tiempo complicaciones agudas propias de la enfermedad. Además de revisar los niveles de glucosa, la persona debe llevar a cabo otros exámenes con el fin de llevar un control de su enfermedad, detectar a tiempo complicaciones y ver si el tratamiento está siendo efectivo. Los exámenes que debe realizar son: la prueba de colesterol llevada a cabo cada seis meses, también debe revisar la presión arterial de manera frecuente, el peso, la vista, los pies, su salud bucal y en general su salud física y mental.

f) Atención psicológica.

La atención psicológica debe ser parte de la atención integral que recibe la persona con Diabetes Mellitus 2 desde que se diagnostica. A pesar de que no necesariamente la Diabetes trae consecuencias psicológicas en todos los casos, algunos pacientes pueden experimentar rechazo al tratamiento debido a que este implica renunciar a determinados hábitos y pensamientos respecto a su salud por lo que el psicólogo ayudará al paciente en el proceso de adaptación a las actividades cotidianas, y a desarrollar habilidades para vivir con su enfermedad sin dificultades (Martínez, Coco, Fraile, Casado, Domínguez y Ramos, 2007). Las principales problemáticas de orden psicológico en una persona diabética tienen que ver con: estrés, cambios de humor o conducta, depresión, ansiedad, problemas de violencia o abusos, problemas para adherencia, temores, culpa e ira.

En síntesis, el objetivo general del tratamiento para las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, está enfocado en controlar la glucosa mediante tres pilares fundamentales, que son el tratamiento médico, la actividad física y la alimentación, pero también, en el uso de diversas estrategias y técnicas de intervención ya sea preventivas o inmediatas, que involucra la participación de otros especialistas de la salud y que contribuyen a la salud física, psicológica y social de los pacientes.

2. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Dadas las condiciones actuales de salud y enfermedad es necesario adoptar una visión más amplia que abarque no sólo aspectos biomédicos, sino también psicológicos y sociales, y por lo tanto, esto demanda la participación de otros profesionales que den respuesta a los nuevos problemas de salud, entre los cuales, se vuelve indispensable la participación de especialistas en el comportamiento humano. Es con base en esta nueva visión como la psicología se va abriendo campo en el área de la salud.

La psicología de la salud aparece oficialmente en 1978 como una de las ramas de la psicología; creció y se desarrolló rápidamente y de manera importante en la década de los ochentas, noventas y hasta nuestros días, a raíz de factores como el incremento de enfermedades y muertes por causas conductuales, el esparcimiento de una idea de salud individualista en el que cada persona es responsable de su propia salud y al desplazamiento del dominio médico como único encargado de la salud; gracias al interés y aportes psicológicos y sociales encaminados a una visión integral del ser humano. Así, actualmente los programas de salud toman en cuenta conocimientos aportados por la psicología de la salud (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

La psicología de la salud, en términos generales, es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de las diferentes áreas de la psicología enfocadas a la promoción y el mantenimiento de la salud integral y a la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como también a la identificación de la etiología y diagnóstico de la enfermedad y al mejoramiento del sistema y de las políticas de salubridad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

Los aportes de la psicología de la salud se han dado en diferentes campos. Para Oblitas (2006) en el campo de la investigación se han abordado temas como las prácticas sexuales, el hábito de fumar y prácticas alimentarias que traen consecuencias graves a la salud. En el campo de la intervención o tratamiento se han desarrollado estrategias de afrontamiento para el dolor, el estrés y para tratar distintas enfermedades crónico-degenerativas. En cuanto al sistema de cuidados de la salud y la política de esta se atienden cuestiones como los efectos de la hospitalización, y el impacto de la atención del personal de salud. Y, en el campo preventivo se han hecho programas para la prevención del tabaquismo, el tratamiento de los trastornos alimenticios, el manejo del estrés, entre otros. Igualmente ha participado en la educación y entrenamiento de profesionales de la salud.

Según este mismo autor, es evidente que la participación del psicólogo juega un rol cada vez más importante como agente de cambio a favor de la salud y como parte importante de un equipo de profesionales en pro de la salud integral. También juega un papel determinante para un nuevo enfoque orientado al mantenimiento de la salud, sustentado en el discurso de que es más fácil y menos costoso mantener la salud que curar la enfermedad. Precisamente, el psicólogo participará junto con otros profesionales para contribuir a este objetivo mediante la detección temprana, la modificación de conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables.

2.1. El modelo biopsicosocial en psicología de la salud.

Como se explicó en el capítulo anterior, en la actualidad las causas de morbilidad y mortalidad son muy diferentes a las que azotaban a la sociedad en los años cincuentas. Anteriormente la preocupación por los encargados de la salud estaba destinada en gran parte a las enfermedades infecciosas, ahora las enfermedades crónicas han arrasado a nivel mundial y debido a que determinados factores

psicológicos y sociales están relacionados como causantes, surge una demanda creciente para la psicología en el ámbito de la salud.

De tal manera, el modelo biomédico que ha gobernado por muchos años los sistemas de salud ya no resulta suficiente para dar solución a los problemas que actualmente nos aquejan esto se explica porque; en primer lugar las enfermedades crónicas tienen una mayor duración ya que hasta la fecha no existe vacuna o método de cura, en segundo lugar está comprobado que la mayoría de las enfermedades crónicas son causadas principalmente por comportamientos y estilos de vidas de las personas y no por bacterias o virus, y en tercero en la mayoría de los casos las enfermedades crónicas traen consecuencias psicológicas en la persona y en las relaciones interpersonales con la pareja los hijos y el círculo social (Taylor, 2003; Oblitas, 2006).

No se puede negar que el modelo biomédico ha aportado beneficios importantes a la salud, sin embargo, también ha limitado los avances debido a que siendo un modelo reduccionista centrado en la enfermedad la explica en términos meramente biológicos como desbalances bioquímicos o anormalidades neurofisiológicas y asume a la mente y el cuerpo como entidades separadas, por lo tanto concibe los factores psicosociales como independientes de los padecimientos físicos y no puede explicar las causas de todas las enfermedades ni el porqué de los casos clínicos excepcionales (Taylor, 2003).

No sólo en las enfermedades crónicas es evidente la importancia de reconocer el papel que desempeñan los factores psicológicos y sociales, además de los biológicos, sino de manera general en la concepción que se tiene de la salud. En consecuencia cada vez más especialistas e investigadores han adoptado un modelo diferente al biomédico que si toma en cuenta estas facetas. A esta perspectiva diferente se le ha denominado Modelo Biopsicosocial (MBPS).

El modelo biopsicosocial es un reto para el modelo médico ya que busca terminar con la visión reduccionista y propone una visión heurística. El modelo

biopsicosocial explica que la salud y la enfermedad están determinadas por “una combinación de factores, incluyendo las características biológicas (p. ej., predisposición genética), los factores conductuales (p. ej., estilos de vida, estrés, creencias acerca de la salud), y condiciones sociales (p. ej., influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social)” (Marks en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008, p. 18).

Este modelo incluye las cogniciones, sentimientos y emociones, las respuestas biológicas o fisiológicas y la conducta manifiesta, que pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo así como también toma en cuenta los factores biológicos de la persona y los factores sociales, de tal modo que la capacidad de una persona para adaptarse va a depender de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del medio en donde se desarrolla. La salud en este modelo está determinada por la adaptación de la persona a su medio. Así mismo para dar un tratamiento efectivo también se deben tomar en cuenta estos tres factores por lo tanto requiere la participación en equipo de diferentes especialistas. Finalmente resalta que la relación entre el médico y el paciente es determinante para la eficacia del tratamiento y la rapidez con que de logren los objetivos de este (Taylor, 2003).

Pese a la gran aceptación del MBPS, aun es necesario que adquiera mayor solidez y edifique teorías que expliquen con exactitud cómo es que estos factores median la salud y la enfermedad. Para esto, la psicología de la salud en su metodología de investigación utiliza pruebas de eficiencia y efectividad y métodos cuantitativos y cuasiexperimentales que le ayuden a garantizar que es confiable, valida, segura, costeable y que sus frutos pueden contribuir a la salud pública (Marks en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

El modelo biopsicosocial junto con otros factores como los cambios de patrones de enfermedad, los avances en tecnología e investigación, la expansión de los servicios de salud, y las contribuciones de la psicología de la salud han permitido

que ésta se desarrolle de manera importante y se incorpore inevitablemente al sistema de salud pública, sin embargo, aún falta mucho por hacer para que los psicólogos de la salud se desempeñen plenamente en este ámbito.

2.2. Enfoques teóricos en psicología de la salud

Se necesita de un paradigma general que explique y atienda las nuevas demandas en materia de salud como lo es el modelo biopsicosocial, que si bien le abrió campo a la psicología permitiendo su incorporación a la salud pública en diferentes campos, la diversidad de perspectivas que existen tanto dentro como fuera de la psicología para explicar el comportamiento y la salud de las personas, dificulta el desarrollo de ésta.

Debido a que la psicología de la salud surge de la psicología general para responder a una nueva demanda de salud, los psicólogos de esta nueva área, en un principio provinieron del área clínica y experimental por lo que toman de estas los conocimientos y las técnicas y las adaptan al campo de la salud (Oblitas, 2006). En consecuencia, para lograr sus objetivos, la psicología de la salud hace uso de la gran variedad de técnicas clínicas y educativas que han aportado las diferentes corrientes psicológicas. Las principales teorías que explican los comportamientos relacionados con la salud son: La Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Autoeficacia, el Modelo de Creencias de Salud y el Modelo de Sistemas Autoreguladores. A continuación se explica cada uno de manera breve:

a) Teoría de la acción razonada.

Esta teoría propuesta por Ajzen y Fischbein (*Ajzen y Fishbein 1973; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen, 1991;*) explica las conductas de salud como resultados de la voluntad de las personas como seres racionales que con base a la información que disponen de forma sistemática da lugar a la intención de realizar o no

determinada conducta. Por lo tanto, es la comprensión de la intención lo que permite predecir una conducta determinada. La intención está determinada, por un lado, por un factor personal denominando actitud formada por creencias acerca de las consecuencias de una conducta determinada y por la evaluación subjetiva de éstas, y por otro lado, por un factor social llamado norma social que se refiere a la presión social ya sea con el fin de que desempeñe o no determinadas conductas o con el hecho de cumplir con determinadas expectativas.

La teoría de la acción razonada asegura que una conducta para beneficio de la propia salud estará determinada por una actitud positiva y una referencia social adecuada, sin embargo, existen obstáculos personales como la carencia de habilidades para llevar a cabo la conducta y obstáculos situacionales como lo son los recursos disponibles para ejecutarla; estos obstáculos se denominan como control percibido. La presente teoría ha permitido explicar y predecir diversas conductas a favor de la salud tales como bajar de peso, dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol, utilizar anticonceptivos, entre otros (Jiménez, 2003).

b) Teoría de la Autoeficacia

La teoría Social Cognitiva de Bandura aporta la influencia de las expectativas en la adopción o modificación de hábitos conductuales. Esta teoría sostiene que hay tres tipos de expectativas que determinan la motivación y las acciones de las personas para con su salud; las expectativas de situación-resultado, que son resultado de sucesos ambientales, las expectativas de acción-resultado, que son consecuencia de la propia persona y la de autoeficacia percibida que se refieren a la confianza que tiene la persona para lograr un objetivo. Estas dos últimas expectativas son las que determinan que una persona adopte conductas saludables, elimine conductas nocivas y mantenga patrones de conducta. Por lo tanto las creencias que una persona tenga sobre su propia capacidad para actuar y autoregularse son determinantes para las acciones que realice para su salud ya

que trabajan a nivel cognitivo, afectivo y motivacional (Ortego, López y Álvarez, s/f).

c) Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de creencias de salud es quizá el más conocido dentro de la psicología de la salud. Fue desarrollado por un grupo de psicólogos cognitivistas encabezados por G.M. Hochbaum. Este modelo explica la conducta en base a costes y beneficios que la persona considera para actuar de determinada manera. Así, la salud está determinada por dos variables; una es el deseo de la persona por evitar la enfermedad y otra son las creencias que tenga acerca de determinadas conductas que protejan o afecten su salud (Moreno y Gil, 2003).

Además toma en cuenta la percepción de las personas sobre la propia vulnerabilidad de la enfermedad, las creencias sobre la gravedad de adquirir una enfermedad determinada o de no tratarse adecuadamente, las consecuencias médicas y sociales que impliquen adquirir una enfermedad, y las barreras percibidas para seguir un tratamiento o cuidar la salud. Todos estos factores contribuyen a preparar psicológicamente a la persona para actuar con respecto a su salud (Moreno y Gil, 2003).

d) Modelo de los Sistemas Autorreguladores

El modelo de los Sistemas Autorreguladores fue desarrollado por Leventhall, explica que la persona se adapta a las situaciones de enfermedad constantemente mediante un proceso autorregulador. Este sistema autoregulador está formado por tres niveles: uno es el procesamiento cognoscitivo de las representaciones que se tienen de la enfermedad, otro son los planes de acción y selección que permiten afrontar la enfermedad y el último es la evaluación de los resultados llevados a cabo. De tal modo que estos tres niveles permiten por un lado elaborar una representación objetiva de una amenaza a la salud pero también desarrollar respuestas de afrontamiento para controlarla (Ortega, López y Álvarez, s/f).

Estos modelos buscan explicar los comportamientos dirigidos a la protección de la salud y por lo tanto comparten algunos conceptos. Existen otros tantos modelos y teorías pero ninguna de ellas logra explicar el comportamiento relacionado con la salud en su totalidad. La eficacia de los postulados en el campo aplicado también dependen tanto del tema en particular que se aborde como del nivel en el que se intervenga y la aproximación psicológica que se utilice.

En un panorama general, (Marks, 2002 en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008) clasifica cuatro aproximaciones de la psicología de la salud que están en desarrollo. Estas aproximaciones toman en cuenta la edad, el sexo y factores hereditarios, así como los cuatro niveles de determinación de la salud (el cuarto nivel se refiere a condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales; el tercero a condiciones de vida y de empleo; el segundo a influencias sociales y comunitarias; y el primero a factores del estilo de vida individual) (Dahlgren y Whitehead en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008):

La psicología de la salud crítica (cuarto nivel) cuyo objetivo es la igualdad de oportunidades y recursos para la salud mediante la crítica y diseño de políticas y estructuras; *la psicología de la salud pública (tercer nivel)* que busca mejorar la salud de la población a través de la educación y promoción de la salud y la prevención primaria; *la psicología de la salud comunitaria (segundo nivel)* que tiene como objetivo el empoderamiento y el cambio social a través de la acción e investigación comunitaria; y *la psicología de la salud clínica (primer nivel)* que busca mejorar la efectividad de los tratamientos por medio de la prevención secundaria y terciaria.

Precisamente en este último nivel de intervención los psicólogos de la salud han hecho diversas aportaciones, sobre todo en la prevención y tratamiento de conductas de riesgo y tratamiento de enfermedades crónicas interviniendo individualmente o de manera grupal. Con relación a este último los llamados

“Grupos de Ayuda Mutua” han resultado espacios útiles para el tratamiento de las enfermedades crónicas debido a la aceptación social e institucional.

2.3. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Los Grupos de Ayuda Mutua surgen como respuesta a una necesidad compartida por la comunidad que los servicios profesionales no son capaces de cubrir. Históricamente, el primer GAM aparece por primera vez en los Estados Unidos en 1935 (reconocido mundialmente como “Alcohólicos Anónimos”) formado por un grupo de personas voluntarias que compartían una misma enfermedad o situación problemática y que buscaban superar o aprender a enfrentar con el fin de mejorar su calidad de vida de una manera sencilla y humanitaria. De tal modo que estos grupos tuvieron un gran impacto en la sociedad planteando un nuevo modelo de salud involucrando no solo aspectos de salud física, sino también tomando en cuenta sus estados emocionales y los aspectos psicosociales con los que viven la enfermedad a tal grado de representar un canal por medio del cual las personas liberan su angustia, miedos y preocupaciones producidas por la enfermedad y situaciones problemáticas (Roca, 1998).

La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones han reconocido la importante participación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para la salud pública, la salud mental y la atención a largo plazo. Estos grupos son considerados como “mediadores” entre la comunidad y los sistemas de salud no solo porque se encargan de informar a los pacientes sino que también “ayudan a las personas a hacerse cargo de su propia situación, mejorar su salud, afrontar más eficazmente los problemas de salud, cobrar más confianza en sí mismas y reducir la sobremedicación” (OMS, 2008, p.59). De esta manera, resulta de gran importancia la inversión financiera que el gobierno destine a estas organizaciones, así como el fortalecimiento de la relación complementaria y no competitiva de estos con los profesionales y sistemas de salud.

Actualmente existen GAM en gran parte del mundo propuestos como una efectiva estrategia y parte esencial del tratamiento de adicciones, enfermedades crónicas degenerativas, infecciones de transmisión sexual, discapacidad, etc. Específicamente en México, los GAM se han ido implementando hasta ser parte de las unidades de salud del primer nivel de atención en todos los estados de la República dando para el 2004, un total de 7,416 GAM con 264,392 integrantes (SS, DGEI, SSA, CGPE, en Lara, Aroch, Aurora, Arceo y Velázquez, 2004).

Los GAM pueden ser de cinco diferentes tipos: los grupos de personas con enfermedades graves o de larga duración (cáncer, diabetes, epilepsia), grupos de personas con adicciones (alcoholismo, tabaquismo, comedores compulsivos), grupos de personas con situaciones difíciles de asimilar (discapacidad, pérdida de familiares o partes del cuerpo), grupos de familiares o cuidadores de enfermos, y en algunos casos de profesionales que están constantemente en situaciones altamente estresantes. Así mismo, los GAM ofrecen diferentes beneficios tales como facilitar la adquisición de información y conocimientos, proporcionar apoyo emocional, identidad y pertenencia, poder social, capacidad para organizarse y un mejor estado general de salud (Roca, 1998).

2.4. La participación de los psicólogos de la salud en los GAM

Si bien, la idea esencial de los grupos de ayuda mutua se establece entre iguales y sin la participación de profesionales de la salud, estos últimos han contribuido en la incorporación de los miembros o la formación de los mismos grupos y en los últimos años se ha señalado la importancia de la relación cooperativa entre la comunidad de los grupos y el personal de salud y se han llevado a cabo planes que los incorporan en un trabajo conjunto.

Una atención a la salud en su definición biopsicosocial necesita de un equipo de profesionales de diferentes disciplinas que interactúen entre sí con un enfoque holístico. Se puede definir un Grupo de Ayuda Mutua también llamado de

Autoayuda como “grupo organizado por pacientes con alguna enfermedad o problemática común, que bajo la supervisión y apoyo multidisciplinario del Círculo de Apoyo reciben la capacitación necesaria para controlar o prevenir su padecimiento” (ISSSTE, 2008, p. 18). Es importante resaltar que el círculo de apoyo formado por profesionales debe fungir como moderador o facilitador y no como maestro. Así mismo, el círculo de apoyo es un equipo de compromiso que trabaja de modo multidisciplinario o interdisciplinario conformado por el área de trabajo social, medicina, enfermería y psicología (ISSSTE, 2008).

Un medio que facilita el trabajo multidisciplinario y permite una atención integral al paciente es la planificación y organización de un taller de capacitación que atienda las necesidades y demandas de un determinado grupo, dicho taller, deberá de estar conformado por especialistas de las diferentes áreas relacionadas con la temática que se va a abordar. El desarrollo de un taller tiene como objetivo transferir conocimientos y técnicas a un grupo de participantes de manera didáctica de tal modo que estos los puedan aplicar, por lo que las herramientas para el proceso de enseñanza-aprendizaje son de suma importancia y deben considerarse según las características de las personas a quienes va dirigido el taller y de los objetivos del mismo (Candelo, Ortiz y Unger, 2003).

La participación del psicólogo puede estar orientada según las necesidades y demandas del grupo. Particularmente, como es el caso del presente trabajo, en los GAM dirigidos a enfermedades crónicas degenerativas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, además del tratamiento médico y la educación diabetológica, se debe atender el impacto emocional que la enfermedad irreversible provoca en el individuo y su familia y el proceso al que se somete al tener que adaptarse a una disciplina no siempre fácil de aceptar, por lo tanto, se debe guiar al paciente a una íntegra comprensión de la situación, a la aceptación de los hechos y a la dedicación consiente del tratamiento que le permitan al diabético desenvolverse en su vida personal y social sin dificultades. Dichas demandas deben ser atendidas por el psicólogo de la salud. Así mismo, el psicólogo puede trabajar en

conjunto con los otros especialistas para desarrollar métodos de apego al tratamiento más eficaces, así como para mejorar la relación entre el equipo de salud y los pacientes e intervenir en las diversas problemáticas psicológicas que se puedan presentar con respecto a la enfermedad.

Pese a los importantes aportes de la psicología en el área de la salud y la utilidad de su participación en los GAM, en México sigue dominando el modelo médico en el tratamiento de enfermedades por lo que, si bien, las necesidades de atención psicológica y emocional son reconocidas, generalmente los GAM son coordinados por médicos y trabajadores sociales y los psicólogos pocas veces son invitados a participar o a impartir un tema de interés.

3. CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Los problemas crónicos pueden variar en su gravedad y si las personas con dichas enfermedades no reciben un tratamiento integral y oportuno su estado de salud general puede sufrir daños importantes.

Se sabe bien que los enfermos crónicos además de las afecciones fisiológicas y los dolores físicos tienden a padecer efectos secundarios como depresión, ansiedad y estrés, percepción negativa de sí mismos, pueden llegar a tener dificultades a nivel laboral o en sus logros personales, en sus tareas cotidianas, relaciones interpersonal y en la intimidad (Taylor, 2007).

Además de lo mencionado, este tipo de enfermedades al estar relacionadas con estilos de vida no saludables como lo son el sedentarismo, la mala alimentación, malos hábitos y el estrés, provoca que se vuelva inevitable para los profesionales de la salud hablar de calidad de vida cuando por tema central se tiene a las enfermedades crónicas degenerativas.

Desde la perspectiva de Rodríguez, Pastor y López (1993) la pérdida de la salud implica un desajuste no solo físico, sino también psicológico y social que exige múltiples demandas de adaptación provocando un gran estrés en los enfermos. La respuesta que el individuo dé ante el diagnóstico de una enfermedad crónica va a depender de dos factores: uno externo que es la representación que se tenga de la enfermedad en el grupo social al que pertenezca la persona y otro interno que son los síntomas y discapacidades que le provoque la enfermedad. En otras palabras, la enfermedad produce en la persona un desequilibrio al romper con su modo de vida habitual como consecuencia de perder el control de los acontecimientos que afectan su vida, ubicándola en una situación estresante que demanda la necesidad de afrontarla y adaptarse a ella restableciendo el equilibrio

físico, psicológico y social y con esto mantener o, en el mejor de los casos, mejorar su calidad de vida.

El tratamiento de la enfermedad crónica degenerativa debe desarrollarse a partir del entendimiento del estado físico, psicológico y social de la persona, de la enfermedad y del proceso de reeducación y readaptación.

En conclusión estos tratamientos, tal como se propone en esta tesis, deben incluir, además del procedimiento médico, la educación del paciente hacia el conocimiento y entendimiento de la enfermedad, el entrenamiento en la instauración de pautas de autocuidado, respuestas de afrontamiento y el apoyo social, que en conjunto, le permitan re-establecer y mantener su calidad de vida y “bien-estar” biopsicosocial.

3.1. Definición de Calidad de Vida

Especificar el concepto de calidad de vida ha sido un tanto difícil debido a que son múltiples los factores que intervienen, además, los significados de bienestar, salud, felicidad, etc., varían a través del tiempo y del espacio, por tanto, no existe una definición precisa de calidad de vida y los detalles deben considerarse de acuerdo con la cultura, la época y los grupos sociales a los que pertenezca la persona (Ardila, 2003).

Históricamente y de manera breve, el concepto de calidad de vida apareció en los años 50 y fue utilizado con fines económicos, más tarde fue utilizada en el ámbito médico y finalmente paso a ser un concepto importante en psicología. Su contenido también ha asumido numerosas modificaciones, en un principio se explicaba en términos de cuidado personal, en seguida se enfocó en la salud pública, luego a los derechos humanos y después se enfocó en el aspecto económico. Más recientemente se ha explicado en términos de bienestar subjetivo

al hablar de felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo, y en términos objetivos aludiendo al estado de bienestar fisiológico (Vinaccia y Orozco, 2005 y Botero y Pico, 2007). Actualmente se busca un concepto Integrativo y multidisciplinario que permita comprender y atender mejor la calidad de vida.

Según Botero y Pico (2007) la Organización Mundial de la Salud en 1994 definió la calidad de vida como:

“...la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (p.16)

Estos autores incluyen de manera importante que la calidad de vida es un proceso cambiante y va a depender en gran medida de la interacción entre la persona y su medio ambiente. Por tal motivo cuando una persona se enferma, los cambios que la enfermedad implica se verán reflejados en su calidad de vida, especialmente si es una enfermedad crónica ya que ésta permanece por largos periodos de tiempo, incluso por el resto de vida de la persona, lo que conduce a que la enfermedad se vuelva parte de su cotidianidad.

En respuesta a la demanda en el ámbito de la salud relacionada con la eficacia de programas de intervención y a los avances en investigación que han comprobado la influencia de factores psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad, es importante atender la Calidad de Vida con Respecto a la Salud (CVRS). Para definir este concepto se deben tomar en cuenta las dimensiones de salud referentes al estado funcional y al bienestar en los dominios físico, psico-emocional y social de la vida de los pacientes aun teniendo en cuenta las

afecciones producidas por la enfermedad (Fernández, Hernández y Siegrist, 2001).

Asimismo, evaluar la calidad de vida relacionada con salud puede ser una herramienta muy útil porque permite entender el impacto que genera la enfermedad en la persona, la evolución y adaptación a ésta, permite también valorar la eficacia de los tratamientos, terapias paliativas, sus efectos secundarios y de esta manera hacer las modificaciones pertinentes para un tratamiento adecuado y eficaz, mejora la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente (Bayes, 1994 en Vinaccia y Orozco, 2005).

3.2. El impacto de la enfermedad crónico degenerativa en la calidad de vida

La calidad de vida del paciente crónico, en general depende de la conceptualización y las valoraciones hacia su persona y hacia la enfermedad, y su adaptación funcional física (dolores, síntomas, discapacidades), psicológica (aspectos cognitivos, emocionales y conductuales) y social (relaciones interpersonal y laborales) (Vinaccia y Orozco, 2005; Rodríguez, Pastor y López, 1993).

3.2.1. Impacto en el funcionamiento físico

Se refiere al impacto de la enfermedad crónico degenerativa en el funcionamiento de la persona, es decir en la capacidad para realizar las actividades cotidianas y comunes. Así, esto se puede ver afectado según los síntomas y deterioros que provoca la enfermedad en el organismo de la persona y van a variar según el tipo de enfermedad, gravedad, tratamiento, características de la persona, el contexto social, etc. Por ejemplo, la Diabetes Mellitus puede presentar como síntoma la astenia o decaimiento por falta de energía para realizar las actividades cotidianas

por lo que el tratamiento médico es indispensable para mantener el equilibrio de su metabolismo y poder responder a las exigencias de la vida diaria (Vinaccia y Orozco, 2005).

Este estatus funcional incluye desde las actividades físicas como caminar, correr, subir escaleras; el trabajo, deberes y obligaciones; la movilidad entendida como la capacidad para desplazarse de un lugar a otro; y el autocuidado que engloba las actividades de aseo corporal, alimentación y el tratamiento médico como responsabilidad de la persona que padezca la enfermedad.

Por este motivo es de gran utilidad para un enfermo crónico acostumbrarse a tomar sus medicamentos prestando importancia de las indicaciones médicas de cómo, cuándo y cuánto ingerir, realizarse los chequeos periódicamente correspondientes, cuidados corporales y en la dieta, realizar ejercicio constantemente, etc. Estas medidas no solo son útiles para mantener su movilidad e independencia, sino para reducir los síntomas, dolores corporales, prevenir complicaciones y de esta manera contribuir a mejorar su calidad de vida.

3.2.2. Impacto en el funcionamiento psicológico

Las personas con enfermedad crónica no sólo se enfrentan a cambios físicos sino a un desequilibrio en su vida que les produce estrés (Rodríguez, Pastor y López, 1993). Desarrollar una enfermedad irreversible implica para la persona una experiencia de amenaza debido a los problemas de dolor y demás síntomas, y la pérdida de control sobre lo que le está pasando y lo que está cambiando en su vida y en su salud en particular; por tanto deberá enfrentar un proceso de duelo hasta lograr adaptarse a un nuevo estilo de vida.

Taylor (2007) explica que éste proceso de duelo depende del conjunto de creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y está compuesto por un

vaivén de emociones con características particulares que varían de persona a persona pero en general está presente la negación, la depresión y la ansiedad.

La negación es un mecanismo de defensa psíquico, un tipo de afrontamiento conocido también como evitación en el que se evaden las implicaciones de la enfermedad, en este momento, la persona recién diagnosticada puede actuar como comúnmente lo hacía e ignorar las prescripciones médicas. En un principio esta reacción es útil para los pacientes ya que ayuda a reducir los síntomas y los efectos secundarios del tratamiento y adaptarse poco a poco al diagnóstico, sin embargo, es necesario salir de este estado de negación para empezar a darse cuenta de cómo influye la enfermedad en su vida diaria y de este modo acatar el tratamiento de manera consciente y reflexiva.

La depresión es común en los enfermos crónicos y puede afectar la adherencia al tratamiento y la adaptación, por lo tanto es un grave factor de riesgo para las complicaciones de la enfermedad. Es resultado de la no aceptación de la enfermedad y de las consecuencias de ésta, la resignación a la muerte, el desinterés por los tratamientos y de una interpretación negativa de la situación. La depresión en la enfermedad crónica, puede ir acompañada de culpa y rabia por lo que se pudo haber hecho y no se hizo, por no poder cambiar su situación, también puede dirigirse a otras personas como en la DM2 en la que los pacientes dirigen sus emociones hacia los familiares por haberles heredado la enfermedad o por no haberles enseñado conductas saludables que les hubiesen ayudado a prevenirla. La depresión por enfermedades crónicas también ha sido relacionada con el suicidio.

La ansiedad o estrés es resultado de los cambios de la enfermedad y de la incertidumbre de lo que pasará y ante la posibilidad de la muerte así como producto de las falsas creencias respecto a la enfermedad. Generalmente los estados de ansiedad aparecen antes de determinados estudios o algún procedimiento médico. Según muchos estudios (Méndez y Beléndez, 1994) altos

niveles de ansiedad y estrés en los pacientes diabéticos provocan un bajo control de glucosa y una mayor intensidad de los síntomas, a través de la secreción de hormonas del estrés e interfiriendo con las conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento. Este estrés en los enfermos crónicos de diabetes, por ejemplo, puede ser provocado también por factores de la vida común o por cuestiones de la enfermedad como la dificultad de adaptarse al régimen alimenticio y de medicación, el impacto que tiene en su economía y las presiones y tentaciones sociales que le dificultan aun más acatar el tratamiento.

El estrés es un estado de alerta activado por que la persona percibe una situación como amenazante que pone en peligro su bienestar por lo que la persona responde con estrategias de afrontamiento como confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de las responsabilidades, huida-evitación, planificación o resolución de problema y evaluación positiva (Lazarus y Folkman, 1986). Es importante señalar que algunos estudios demuestran que el estrés afecta el control glucémico porque interfiere con la capacidad de autocontrol del paciente además de que fisiológicamente afecta la forma en que el cuerpo responde a las hormonas que elevan el nivel de glucosa ya que el organismo se prepara para gastar la energía necesaria para enfrentar la situación amenazante (Santana, 2007; Martínez, Coco, Fraile, Casado, Domínguez y Ramos, 2007).

Si la persona es incapaz de incorporar la enfermedad crónica a su vida (es decir adaptarse) esto se verá repercutido en el régimen del tratamiento en su adherencia. Si la persona encuentra en ella misma y/o en el ambiente las herramientas necesarias para afrontar estos cambios se adaptará a un nuevo estilo de vida y aprenderá a vivir con su enfermedad, por el contrario se desencadenará ya sea un completo desinterés por su salud, o una exageración de síntomas y de significados en torno a la enfermedad, periodos largos de ansiedad, miedo y/o depresión crónicos conduciendo a un proceso de deterioro progresivo

de su salud como resultado de la no aceptación ni adaptación a los lineamientos de cuidado.

Pese a esto, hay estudios que demuestran que enfermos crónicos han logrado adaptarse rápidamente a la enfermedad e incluso demuestran mejoría en su calidad de vida y cambios significativos en la manera de percibir y vivir la situación y relacionarse con los demás (Taylor, 2007).

Para facilitar el proceso de duelo ante el diagnóstico de una enfermedad crónica Rodríguez y Fernández (2002) proponen que los profesionales de la salud deben ayudar al paciente a aceptar la realidad de la pérdida, facilitarle la expresión y manejo de los sentimientos ligados a ella, entrenar la resolución de los problemas prácticos suscitados por lo perdido y guiar a la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción a la vida.

Igualmente, las personas cuentan con recursos de afrontamiento que les permiten hacer frente a los retos de la enfermedad de una manera asertiva lo que agiliza el proceso de aceptación y adaptación. Esos recursos pueden ser de tipo físico, psicológico, cultural y social. Los físicos dependen de las características biológicas de la persona y del entorno en el que viva. Los psicológicos son los estados afectivos, cognitivos y comportamentales de la persona. Los culturales están relacionados con los procesos de atribución causal y las creencias que la persona tiene sobre la salud y la enfermedad. Finalmente los sociales abarcan el rol que desempeña la persona en determinado grupo y los sistemas de apoyo que recibe como ingresos, residencia, empleo y redes de apoyo social.

3.2.3. Impacto en el funcionamiento social

Es el funcionamiento social un punto importante donde la enfermedad crónica puede afectar ya que los cambios físicos y psicológicos desestabilizan ésta esfera

de la persona. La enfermedad puede afectar las relaciones interpersonales con la familia principalmente, su relación de pareja y la estabilidad laboral y económica de la persona.

Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010), señalan que los cambios en la familia suelen darse debido a las exigencias de cuidado de la enfermedad crónica, las cuales varían según la edad del paciente y la gravedad de la enfermedad, pero en general los familiares se ven obligados junto con el paciente a modificar su rutina, sus hábitos alimenticios, la distribución de gastos y actividades del hogar puesto que viven juntos.

Además, afecta las interacciones entre los miembros de la familia. Estos cambios a veces son benéficos para la familia ya que puede unirla, mejorar la relación entre los miembros y contribuir a la salud de todos una vez que se hayan adaptado a nuevos hábitos saludables. Sin embargo, muchas veces puede ocasionar lo contrario causando estragos físicos y emocionales en los miembros de la familia sobretodo en el cuidador primario por la carga de trabajo y la no adaptación a los cambios. La diferencia radica en las capacidades de afrontamiento que posean no sólo el paciente sino también los miembros de la familia para hacer frente a los problemas y a los cambios necesarios.

Estos mismos autores agregan que la economía también se ve afectada sobre todo si el enfermo se vio obligado a dejar de trabajar a causa de la enfermedad y si solía ser el principal proveedor de la familia, o si las actividades que realizaba tienen que ser sustituidas por una empleada domestica e incluso si se debe contratar a algún cuidador o enfermera personal, además los costos del tratamiento médico y especializado suponen un gasto extra a los ingresos familiares.

La relación de pareja también sufre estragos, en particular en el ámbito sexual ya que muchas enfermedades crónicas pueden restringir temporal o definitivamente

la actividad sexual debido a cuestiones psicológicas como miedos, depresión o creencias negativas, o físicas relacionadas con alguna discapacidad o como efecto secundario del tratamiento médico. Así mismo, puede afectar la capacidad reproductora del enfermo y frustrar o dificultar los planes con la pareja (Taylor, 2007).

Mientras más grave sea la enfermedad más será la dependencia del enfermo con los miembros de la familia o el cuidador y más probable será que el enfermo y la familia experimenten problemas para adaptarse, por lo que ambos deberán recibir atención psicológica y apoyo social.

El apoyo social es considerado como una transacción interpersonal que incluye: el *apoyo afectivo* que consiste en la expresión de afecto de una persona a otra; el *apoyo confidencial* que es la información, la aprobación de la conducta de la otra persona; y *el apoyo instrumental* que constituye la ayuda material de bienes y servicios (Vega y González, 2009).

En el caso de la enfermedad crónica el apoyo social actúa como amortiguador ayudando a las personas a adaptarse a la enfermedad y a afrontar el estrés causado por ésta. En éste margen, el papel de él o la cuidadora primaria representa el máximo apoyo tanto emocional como afectivo e instrumental (Rodríguez, Pastor y López, 1993; Vega y González, 2009; Reyes, Garrido, Torres, y Ortega, 2010).

El apoyo afectivo le da seguridad al enfermo influyendo en su autoestima, sensación de control y estrategias de afrontamiento; la confidencialidad brinda información al enfermo que le aclara o reafirma lo que le está sucediendo y le brinda nuevas estrategias de afrontamiento que han sido eficaces para otros; y el apoyo instrumental le facilita el tratamiento de la enfermedad. En síntesis el apoyo social facilita la aceptación y adaptación de la persona a su enfermedad, la adherencia al tratamiento y al bienestar general de la persona.

Es importante mencionar que en ocasiones sucede lo contrario y los familiares más que ayudar puede causar estrés en los pacientes al mantener una actitud sobreprotectora, exageradamente negativa o exageradamente positiva estropeando el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente. En estos casos los pacientes y familiares pueden ser alentados a entrar a grupos sociales formales que los orienten como lo son los grupos de ayuda mutua (Taylor, 2007).

3.3. Intervención integral en el tratamiento de la enfermedad crónica

Como se explica en el apartado anterior, la calidad de vida comprende el funcionamiento físico, psicológico y social por lo que una persona diagnosticada con una enfermedad crónica puede detectar cambios en estos tres componentes. De tal modo que el tratamiento de este tipo de enfermedades debe darse en los tres ámbitos de una manera integrativa en la que los profesionales especialistas en cada área tomen en cuenta la influencia entre los tres elementos tal y como se propone en este trabajo con enfoque biopsicosocial.

Debido a que la no-adherencia al tratamiento representa uno de los principales problemas con este grupo de pacientes se han realizado una gran cantidad de programas de intervención enfocados al apego al tratamiento no siempre exitoso o que buscan contribuir únicamente al funcionamiento físico y fisiológico de la persona descuidando el ámbito emocional, conductual y social. Hay que buscar entender cómo afecta el padecimiento y el tratamiento al enfermo y de este modo desarrollar un programa de intervención comprensivo y ésta es la tarea principal del psicólogo de la salud con los pacientes con enfermedad crónica.

De acuerdo con Lazcano y Salazar (2007) y específicamente hablando de la DM2, en México existen muchos estudios relacionados con el apego al tratamiento y el control glucémico en los pacientes con DM2, también se ha investigado e intervenido en la influencia del estrés y la importancia del apoyo social pero pocos

se han enfocado en la aceptación y adaptación a la enfermedad como factores que permiten mejorar la calidad de vida de estas personas. Como propone el taller de esta tesis hay que intervenir en la educación del paciente, fomentar el autocuidado y facilitar la aceptación de la enfermedad y la adaptación a nuevos estilos de vida saludables mediante la intervención médica, la orientación psicológica y el apoyo social. Con esto estaremos interviniendo en el aspecto físico, cognitivo, conductual, emocional y social de las personas con enfermedad crónica favoreciendo su calidad de vida:

Educación.

La educación es seguramente el primer paso para lograr una adherencia al tratamiento. Muchas veces los comportamientos inadecuados para el cuidado de la salud de los enfermos se deben a que la información que tienen de la enfermedad es incomprensiva, incompleta o errónea. En ocasiones los pacientes desarrollan sus propias teorías acerca de la causa de la enfermedad y de cómo controlarla. Las creencias de control adecuadas permiten en gran medida la adaptación de la persona a la enfermedad. Por este motivo los profesionales de la salud deben proporcionar la información adecuada, en un lenguaje entendible para el paciente y asegurarse de que lo ha comprendido. Toda intervención debe realizarse con la completa cooperación y participación del paciente. Existen técnicas y métodos psicopedagógicos muy efectivos para el proceso de enseñanza-aprendizaje (Taylor, 2007).

Autocuidado.

La idea de autocuidado o automanejo de la enfermedad crónica rompe con el modelo médico tradicional en el que el médico indica y el paciente obedece y permite que se logre una asociación entre ambos, en donde existe un trabajo en equipo. Ésto facilita no sólo la independencia del paciente y lo hace responsable

de su propio bienestar, sino que también favorece su seguridad personal y le permite conocerse a sí mismo favoreciendo su salud y su calidad de vida. Para Garcia (2006):

“El auto-manejo es la capacidad del/a paciente para manejar todo lo que comporta la enfermedad crónica, incluyendo síntomas, tratamiento, consecuencias físicas y sociales y cambios en el estilo de vida. Con un auto-manejo efectivo, el/a paciente puede monitorear su enfermedad y realizar cualquier cambio cognitivo, conductual y emocional que se necesite para mantener una calidad de vida satisfactoria” (p.4).

En si el automanejo permite que el enfermo lleve su propio manejo del tratamiento y afronte las consecuencias psicosociales ya que aprende habilidades de cambio de comportamiento, habilidades asertivas, de solución de problemas, de comunicación con el equipo de salud y un alto grado de concientización de su realidad y no sólo información de lo que debe de hacer, lo que le permite darle un sentido y utilidad al tratamiento y prevenir complicaciones si así lo decide.

Proceso de aceptación y adaptación.

La enfermedad crónica implica al menos en una mínima parte un reajuste psicosocial y la necesidad de afrontar situaciones problemáticas o estresantes y adaptarse a estilos de vida diferente a los que llevaba antes del diagnóstico. Para esto, la persona necesita recurrir a determinados esfuerzos cognitivos y conductuales llamados recursos de afrontamiento los cuales pueden ser de varios tipos y para enfrentar una enfermedad crónica son útiles los siguientes (Rodríguez, Pastor y López 1993):

Uno es el afrontamiento evitativo y el aproximativo. El primero, como su nombre lo dice, es un conjunto de estrategias cognitivas y comportamentales que evaden el

problema, éstas son útiles para reducir el estrés y facilitar la aproximación, sin embargo este tipo de afrontamiento puede interferir con la aceptación de algo que no se puede cambiar, puede conllevar a una parálisis emocional y a conductas evitativas disruptivas. La segunda permite la acción apropiada para detectar y sacar ventaja de la situación y la posibilidad de controlarla pero también puede contribuir al aumento de estrés y a una preocupación excesiva. Otro es el afrontamiento focalizado en aspectos positivos y minimización de la amenaza, deseos de cambiar la situación y contabilización de ventajas, la resignación y búsqueda de apoyo social, etcétera.

Así, la adaptación de los enfermos crónicos depende de que aprendan conductas de afrontamiento eficaces que en un plano físico, psicológico y social les permitan aceptar la enfermedad. Es importante mencionar que la eficacia de las estrategias no es universal y va a depender de la persona, de la situación, del contexto social, del tiempo que se tenga con la enfermedad, de su gravedad, etcétera.

Apoyo social.

Precisamente este mismo autor señala que el apoyo social y la misma conducta de buscarlo, es una estrategia de afrontamiento muy benéfica para el enfermo crónico ya que el apoyo que reciba de los que lo rodean facilitará en gran medida su adaptación. Por el contrario, si no recibe este apoyo ni comprensión se verá en una situación estresante que agrave su salud e impida su adaptación.

En particular hablando del tratamiento existen grupos de apoyo social formales que son no sólo un medio facilitador de atención psicológica y médica sino que son parte del tratamiento en sí mismos por el simple hecho de brindarle al paciente apoyo emocional y motivacional al compartir su problema con otras personas con el mismo problema, además ayuda a la adherencia al tratamiento al comprometerse frente a otras personas que también lo hacen y el aprendizaje de

técnicas para afrontar los problemas con la enfermedad que otros han presentado (Taylor, 2007).

En síntesis, la búsqueda de apoyo social es una respuesta de afrontamiento muy eficaz y favorable para mejora la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, así mismo es un medio de intervención público por lo que la creación de estos grupos de apoyo y su fácil acceso es esencial para el tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo 2.

4. TALLER PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

4.1. Metodología

Participantes:

Los participantes fueron integrantes del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) de San Pedro Xalpa nombrado “Amigos Saludables” conformado por dieciséis mujeres y cuatro hombres, de los cuales, solo fueron consideradas nueve mujeres para el análisis de resultados. La edad promedio de éstas participantes fue de 65 años. La selección de los participantes para el análisis de resultados se basó en los siguientes criterios de exclusión: los participantes que no tenían diagnosticada Diabetes Mellitus tipo 2, los que no fueron constantes en las sesiones y a los que no se les realizaron las pruebas de evaluación correspondientes.

Escenario:

El lugar donde se llevó a cabo el taller fue en el punto de reunión del GAM ubicado cerca del Centro de Ayuda Comunitaria “San Pedro Xalpa” en el patio de la casa de uno de los integrantes.

Materiales y aparatos:

Para las sesiones se utilizaron 30 sillas y una cámara fotográfica. El resto de los materiales y aparatos empleados se mencionan en cada una de las sesiones de intervención (ver anexo I).

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó para la pre y post evaluación es el Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC) un cuestionario alemán adaptado al español que consta de un módulo que mide las tres dimensiones del funcionamiento y del bienestar (físico, psicológico y social) basados en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este módulo se mide mediante 60 ítems con un escalamiento tipo Likert distribuidos en seis factores de la siguiente manera:

1. Capacidad física (8 ítems). Capacidad de rendimiento físico e intelectual, tanto en la vida privada como en la profesional.

2. Función psicológica (8 ítems). Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc., y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

3. Estado de ánimo positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

4. Estado de ánimo negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad; sentimiento de amenaza, de desesperación, etc. (las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por bienestar psicológico).

5. Funcionamiento social (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse por otros y abrirse a ellos.

6. Bienestar social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un «grupo»: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda, y sentimientos de soledad y autoexclusión.

Adicionalmente éste instrumento contiene un cuestionario denominado “Síntomas Físicos”, en el cual se enlistan 17 síntomas negativos generales del cuerpo con un escalamiento tipo Liket que va de 0 a 4 donde “0” es “nada” y “4” es Muchísimo.

Ambos instrumentos se pueden apreciar en el anexo IIA y IIB respectivamente.

4.2. Procedimiento

Para realizar la intervención se contó con el apoyo del equipo de salud integrado por el Director del Centro de Salud “Santiago Ahuizotla”, la Doctora encargada del Centro de Ayuda Comunitario “San Pedro Xalpa” y del GAM “Amigos Saludables” y con la participación en algunas de las sesiones de dos pasantes de medicina, dos pasantes de odontología, una enfermera y una trabajadora social.

La intervención fue grupal, constó de 12 sesiones, y fueron realizadas una por semana con una duración de 45 a 90 minutos cada una, adicionalmente para la pre y post evaluación se utilizó una sesión antes y una después del taller respectivamente. Para cada sesión se implementaron dinámicas grupales específicas, las cuales se pueden apreciar detalladamente en el anexo IA, IB y IC.

Es importante mencionar que antes del taller se realizaban ejercicios de rutina durante 30 minutos coordinados por la doctora encargada del Centro de Ayuda Comunitario y al termino del taller se organizaba un convivio por parte de los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua.

La intervención grupal se dividió en 5 fases descritas a continuación:

- *Fase I. “Pre-evaluación”, y Fase V. “Post-Evaluación”*

Constaron de una sesión respectivamente. En estas sesiones se evaluó la Calidad de Vida con el instrumento descrito anteriormente, así como los índices de control metabólico para la Diabetes Mellitus tipo 2: peso-IMC, glucemia postprandial de 2 horas (mg/dl), colesterol total (mg/dl), triglicéridos (mg/dl) y presión arterial (mm de

Hg). Esto con el fin de comparar el estado de salud de los participantes antes y después de la intervención.

Para aplicar el PECVEC, debido a que la mayoría de los integrantes del grupo no sabían leer, ni escribir, los miembros del equipo de trabajo de salud leyeron las preguntas a los participantes.

- *Fase II. “Conoce tu enfermedad”*

Esta fase tiene como objetivo que el paciente adquiera conocimientos generales sobre la Diabetes Mellitus tipo 2. Constó de dos sesiones en las cuales se trataron los aspectos teóricos más generales con respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2 respondiendo en lenguaje coloquial y sencillo a las preguntas ¿Qué es?, ¿Cómo da?, ¿Por qué da?, ¿A quiénes da?, ¿Cómo da?, además, se expusieron y aclararon los mitos y creencias más comunes tanto falsas como verdaderas de la enfermedad (ver anexo IA).

- *Fase III. “Aprende a cuidar tu salud”*

Esta fase tiene como objetivo que el paciente reciba entrenamiento en el manejo de su salud integral con el fin de fomentar el autocuidado. Constó de cinco sesiones en las que se capacitó a los participantes para que adquirieran conocimientos prácticos que requiere el cuidado de su salud. Esto se llevó a cabo a partir de “módulos de cuidado” en donde se trataron temas tales como: Exámenes de laboratorio y revisiones médicas periódicas, Técnicas de determinación de glucemia y presión arterial, Cuidado de los pies, Cuidado de la piel, Cuidado de los ojos, Cuido de los riñones, Cuidados del corazón, Prevención de hábitos toxicológicos, Medicina alternativa, Salud bucal y Nutrición (ver anexo IB).

- *Fase IV. “Aceptar la enfermedad”*

Esta fase tiene como objetivo que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida. Constó de cinco sesiones en las que se guió al participante a hacer conciencia de su enfermedad reconociendo en él las fases de duelo a la pérdida de la salud y del estilo de vida anterior al diagnóstico. También se le ayudó a identificar qué papel tienen en sus vidas la enfermedad y los aspectos negativos y positivos que surgieron en sus vidas a partir del diagnóstico, de tal manera que el paciente desarrolle proyectos a futuro y modifique sus hábitos voluntariamente para tener un bienestar general en su vida. (Ver anexo IC).

4.3. Resultados

Los resultados obtenidos sugieren que el taller propuesto en esta tesis contribuye a mejorar la Calidad de Vida y el control metabólico en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Si bien en todos los factores evaluados se observan cambios de la pre a la post evaluación, al aplicar la prueba t de student para muestras relacionadas se encontró que los cambios fueron especialmente significativos en los niveles de estado de ánimo negativo, bienestar social, síntomas físicos, Índice de Masa Corporal (IMC) y triglicéridos; sin embargo, los cambios no fueron significativos para función social, estado de ánimo positivo, función psicológica, capacidad física, colesterol, glucemia y presión arterial.

Al comparar la suma de los factores de calidad de vida (capacidad física + función psicológica + estado de ánimo positivo + estado de ánimo negativo + funcionamiento social + bienestar social) de la pre-evaluación con la de la post-evaluación, se encontró que las diferencias son significativas ($t_8 = 2.962$ y $p = .018$). Como se muestra en la Figura 1, el taller permitió incrementar el nivel de calidad de vida de las personas intervenidas; para la pre-evaluación 45% de los

participantes resulto tener un nivel alto y en la post-evaluación incremento a 55%. Para ninguna de las dos fases de evaluación resultaron niveles bajos de calidad de vida.

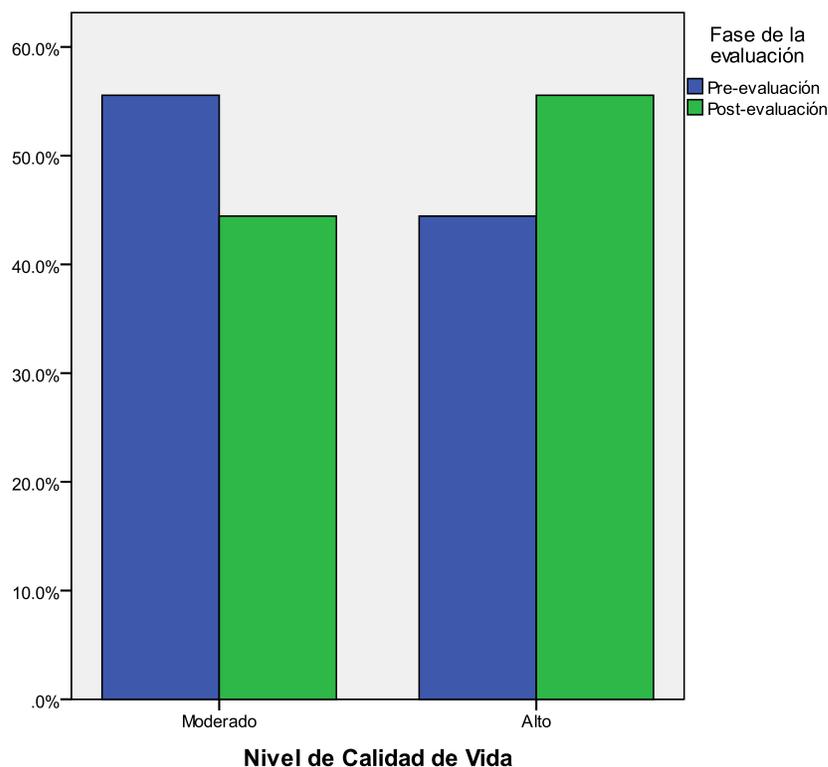


Figura 1. Nivel de Calidad de Vida en pacientes con Diabetes

Para determinar en qué factores de la calidad de vida el taller tiene efectos más significativos, se aplicó esta misma prueba independientemente para los seis factores que componen el “Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos” así como para el cuestionario complementario “Síntomas Físicos” y para los índices de control metabólico evaluados en la pre y post evaluación.

En el factor “Capacidad Física” no se encontraron diferencias significativas Sin embargo, como se aprecia en la Figura 2, la Capacidad Física aumentó ya que el

nivel alto paso de 22% durante la pre-evaluación a 45% durante la post-evaluación además de que en esta última fase ninguno de los participantes tuvo niveles bajos.

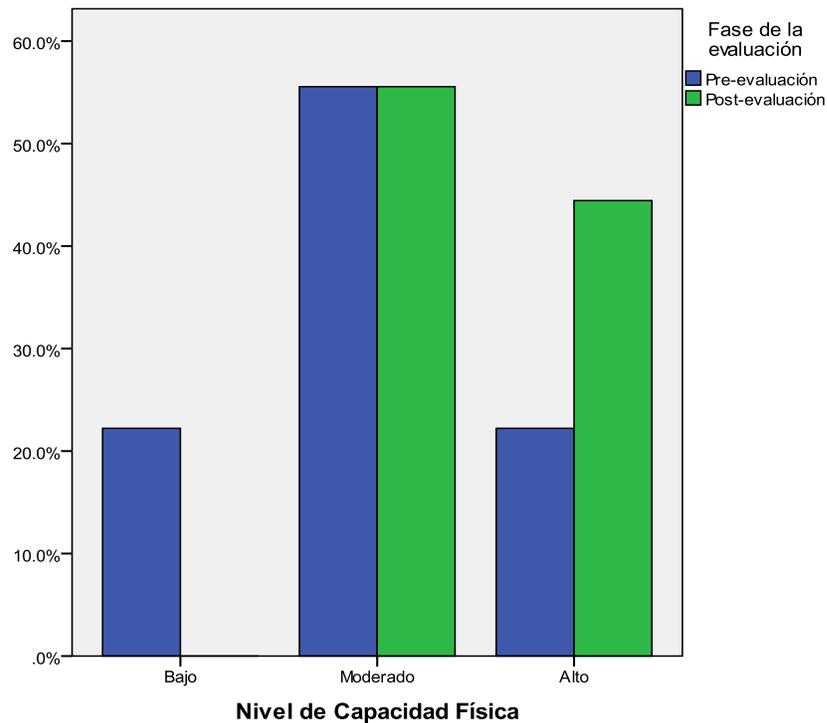


Figura 2. Nivel de Capacidad Física en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Para el factor “Función Psicológica” tampoco se encontraron diferencias significativas entre las fases de la evaluación. Sin embargo, como se aprecia en la Figura 3 durante la pre-evaluación un 20% de los participantes tuvo nivel alto y para la post-evaluación aumentó a 30%.

En el factor “Ánimo Positivo” la prueba t tampoco arrojó resultados significativos. En la Figura 4 se observa que en la pre-evaluación el 35% de los participantes resultó tener un nivel alto y en la post-evaluación el nivel incrementó a 45%.

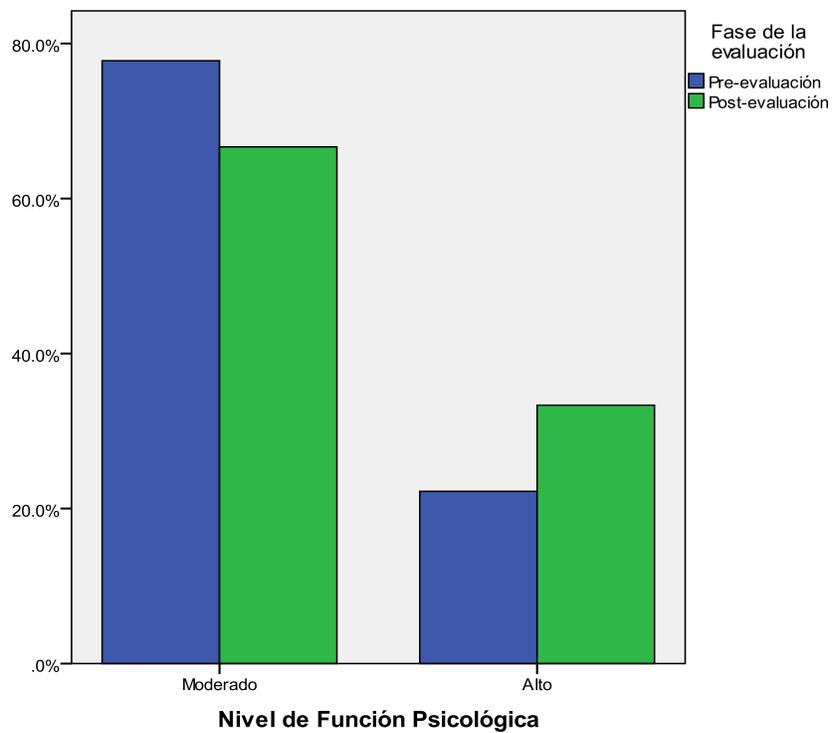


Figura 3. Nivel de Función Psicológica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

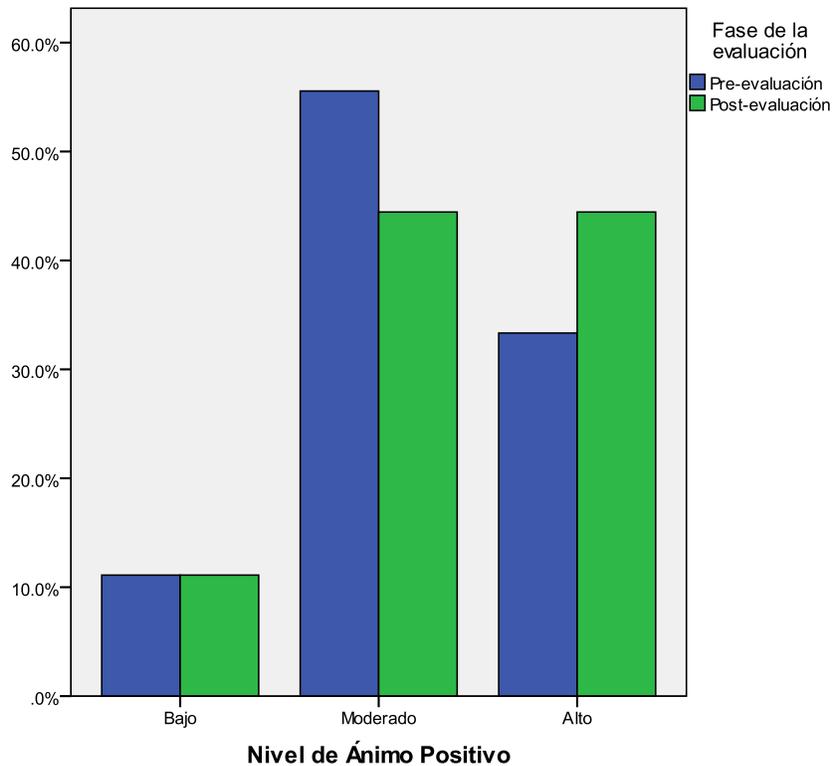


Figura 4. Nivel de Ánimo Positivo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Para el factor “Estado de Ánimo Negativo” la prueba t de student reveló resultados significativos ($t_8=2.281$ y $p=.05$). Como se observa en la Figura 5 en la fase de pre-evaluación poco más del 20% tuvo niveles altos de este factor, para la fase de post-evaluación casi el 80% alcanzó niveles bajos y ningún participante niveles altos.

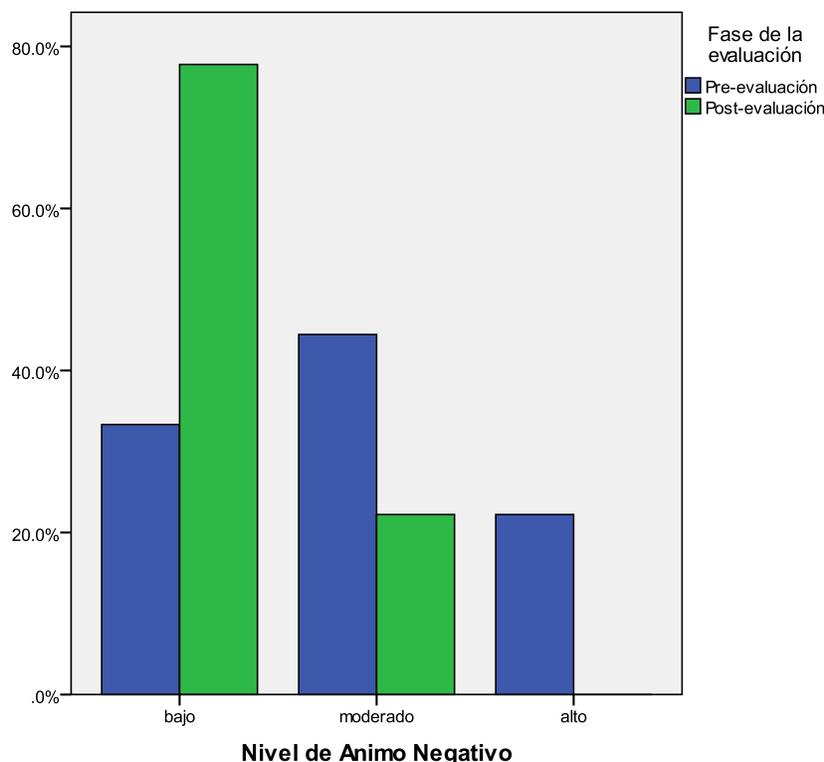


Figura 5. Nivel de Ánimo Negativo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

En el factor “Función Social” no se encontraron diferencias significativas entre el pretest y el posttest. En la Figura 6 se observan modificaciones muy particulares en relación a los demás factores de calidad de vida ya que durante la pre-evaluación 55% de los participantes obtuvo nivel alto; para la post-evaluación el nivel alto disminuyó a un 45%. Para ninguna de las dos fases de evaluación se obtuvieron niveles bajos de “Función Social”.

Respecto al factor “bienestar social” se lograron diferencias significativas ($t_8=3.391$ y $p=.015$). En la Figura 7 se puede apreciar que en la pre-evaluación el 80% tuvo nivel alto y para la post-evaluación el nivel alto incremento a un 90%.

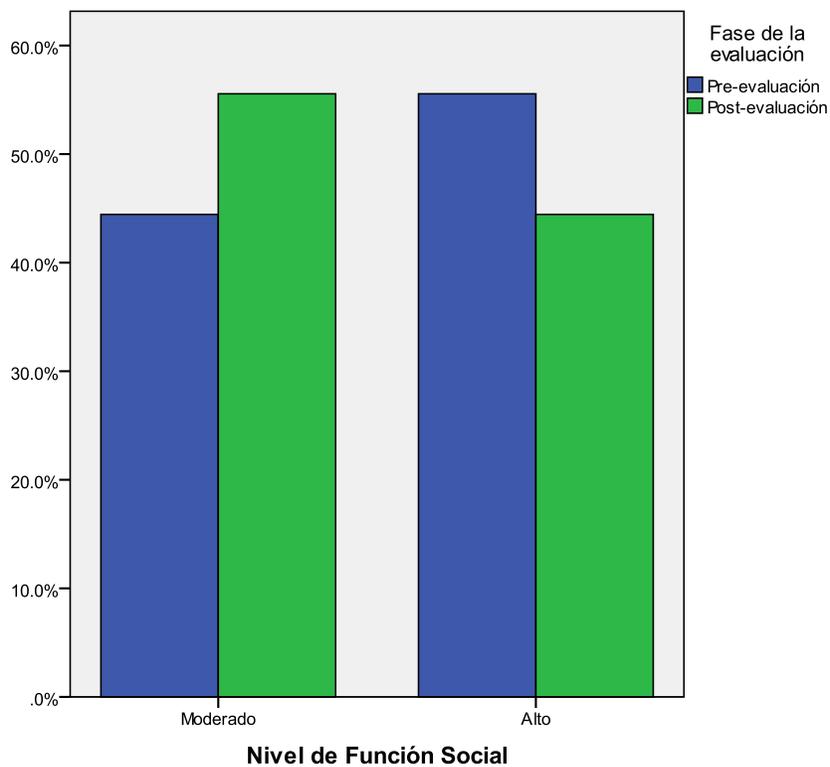


Figura 6. Nivel de Función Social en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

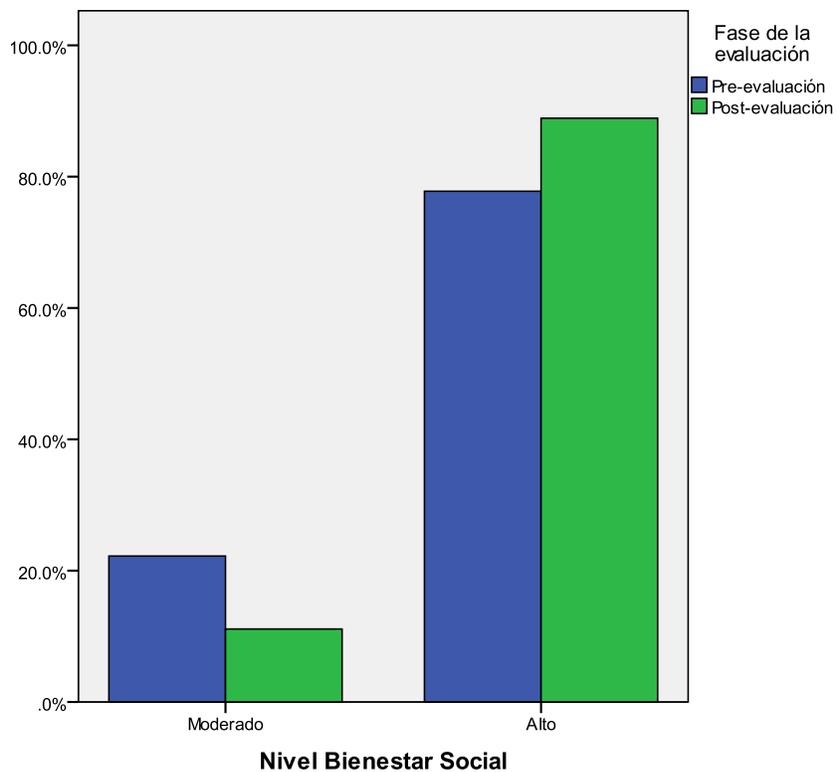


Figura 7. Nivel de Bienestar Social en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Particularmente, la categoría “Síntomas Físicos” arrojó resultados significativos de manera notable en cuanto a las diferencias pretest-postest ($t_8=3.177$ y $p=.013$). En la Figura 8 se observa que antes del taller el 40% de los participantes resultaron tener niveles bajos de síntomas físicos; los índices mejoraron notablemente después del taller ya que ningún participante llegó a niveles altos y el nivel bajo incremento hasta el 90% de los participantes.

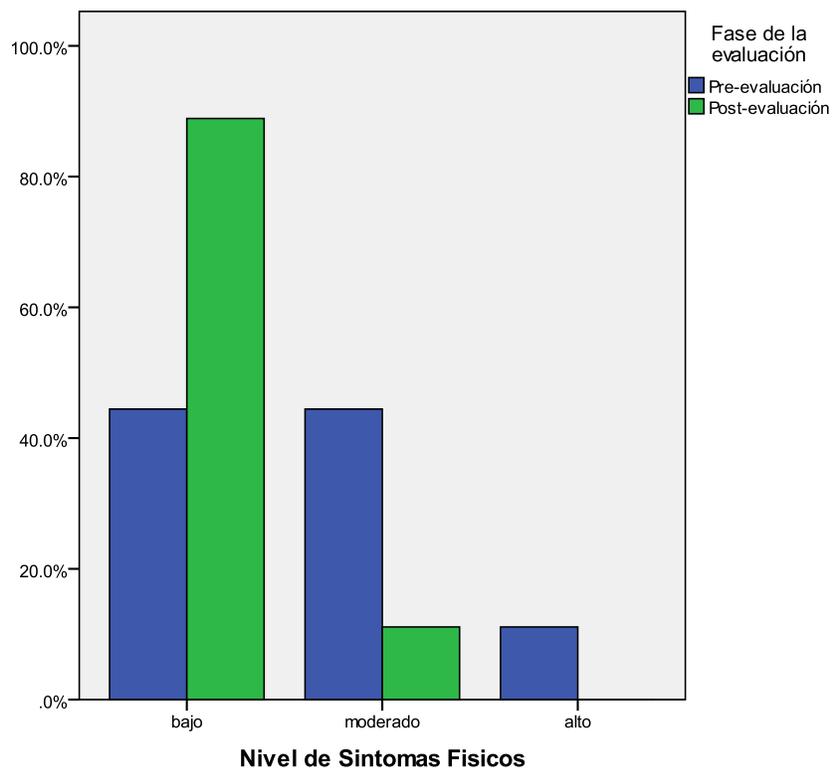


Figura 8. Nivel de Síntomas Físicos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Al igual que con los factores de calidad de vida, con el fin de comparar los resultados obtenidos antes y después del taller se aplicó la prueba t de student para muestras relacionadas, para los índices de control metabólico: peso, IMC, glucemia, colesterol, triglicéridos y presión arterial.

Se obtuvieron diferencias significativas para peso ($t_8=2.401$ y $p=.043$) e IMC ($t_8=2.529$ y $p=.035$) entre la pre y post evaluación. En el peso de los participantes se obtuvo una media de 62.27kg con un mínimo de 50kg y un máximo de 82kg para la pre-evaluación y de 61.50kg con un mínimo de 48.500kg y un máximo de 81kg para la post-evaluación. Para Índice de Masa Corporal durante la pre-evaluación se obtuvo una media de 28.7 m²/kg y para la post-evaluación de 28.4 m²/kg.

En el nivel de glucemia en sangre postprandial de 2 horas (mg/dl) no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, si disminuyeron los niveles ya que durante la pre-evaluación se obtuvo una media de 155.56 mg/dl y para la post-evaluación la media disminuyó a 145.33 mg/dl. Como se puede apreciar en la Figura 9 en la pre-evaluación un 35% obtuvo niveles normales (< 140 mg/dl) y el resto obtuvo niveles regulares (< 240 mg/dl); mientras que para la post – evaluación el 65% obtuvo niveles normales (< 140 mg/dl) y el resto regulares (< 240 mg/dl). Para ninguna de las dos fases se obtuvieron niveles altos (> 240 mg/dl).

En nivel de colesterol total tampoco se obtuvieron diferencias significativas al aplicar la prueba t de student. Sin embargo, se observa una pequeña disminución para la post-evaluación como se aprecia en la Figura 10. Durante la pre-evaluación se obtuvo una media de 208.44 mg/dl, una tercera parte de los participantes obtuvo niveles de colesterol normales (<200 mg/dl), más de la mitad regulares (200-239 mg/dl) y una mínima parte altos (>240 mg/dl); para la post-evaluación la media fue de 207 mg/dl, los niveles de colesterol normales (<200 mg/dl) aumentaron y los regulares (200-239 mg/dl) disminuyeron igualándose a un 40% para ambos, los niveles altos (>240 mg/dl) permanecieron igual que la fase anterior.

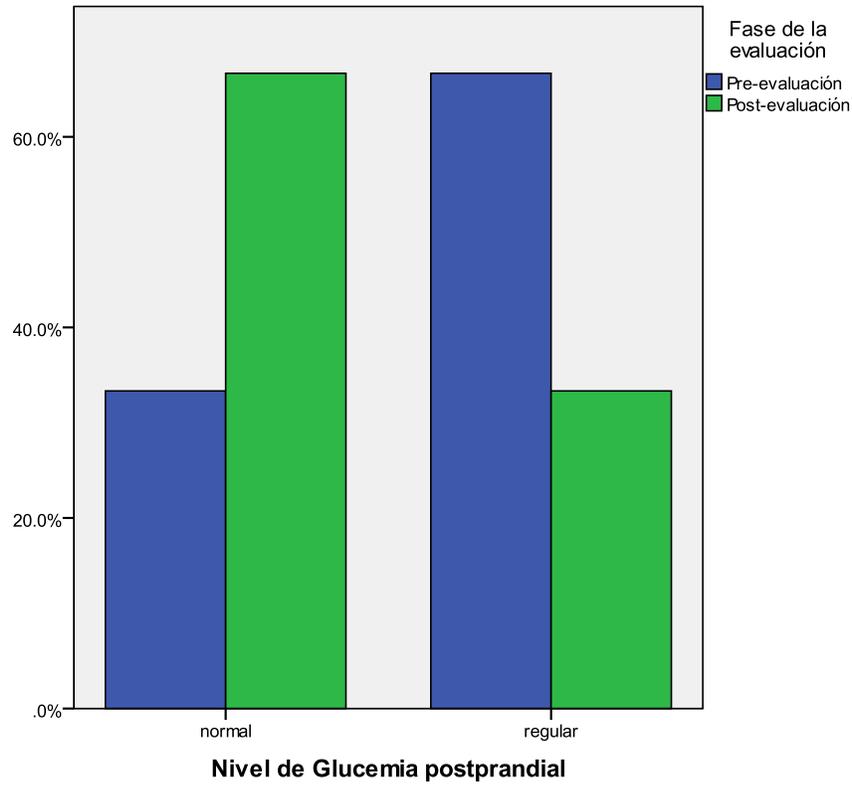


Figura 9. Nivel de Glucemia postprandial de 2 horas (mg/dl) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

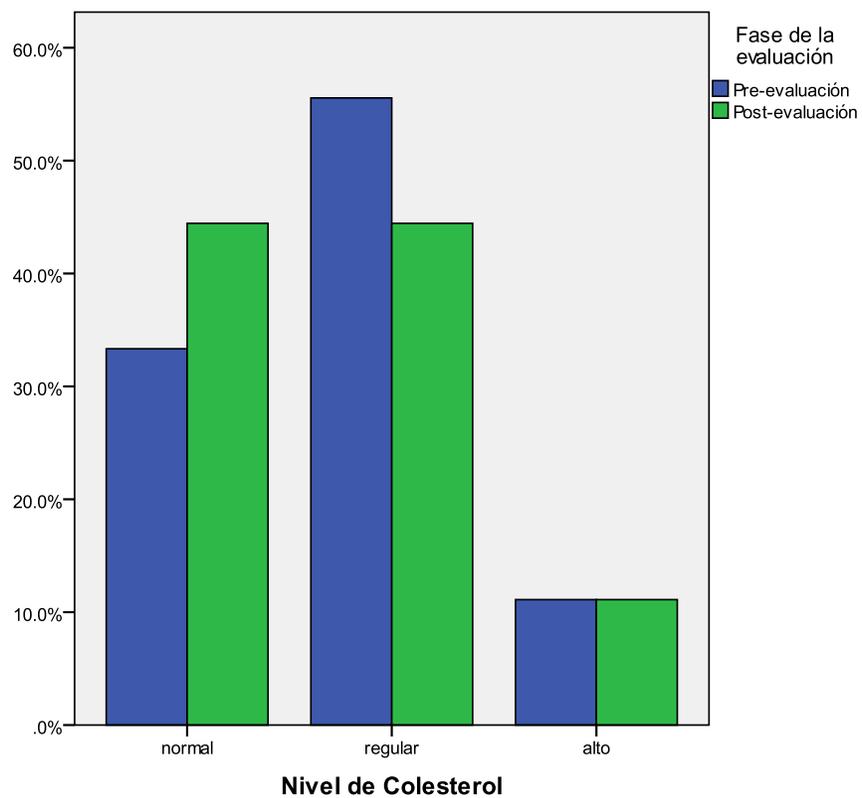


Figura 10. Nivel de Colesterol total (mg/dl) en pacientes con DM tipo 2.

Respecto a los triglicéridos las diferencias si fueron significativas entre una y otra fase de evaluación ($t_8=2.620$ y $p=.031$). La media de triglicéridos en ayuno durante la pre-evaluación fue de 194.33 mg/dl con un mínimo de 105 mg/dl y un máximo de 284 mg/d, en la post-evaluación la media fue de 174.56 mg/dl con un mínimo de 101 y un máximo de 252. En la Figura 11 se observa que un 55% tiene niveles regulares de triglicéridos (150-200 mg/dl) y un 35% niveles altos (>200 mg/dl); para la post-evaluación el nivel regular aumentó a un 65% y el nivel alto disminuyó a 25%. En la pre y post evaluación el nivel normal de triglicéridos (<150 mg/dl) se mantuvo en un porcentaje mínimo.

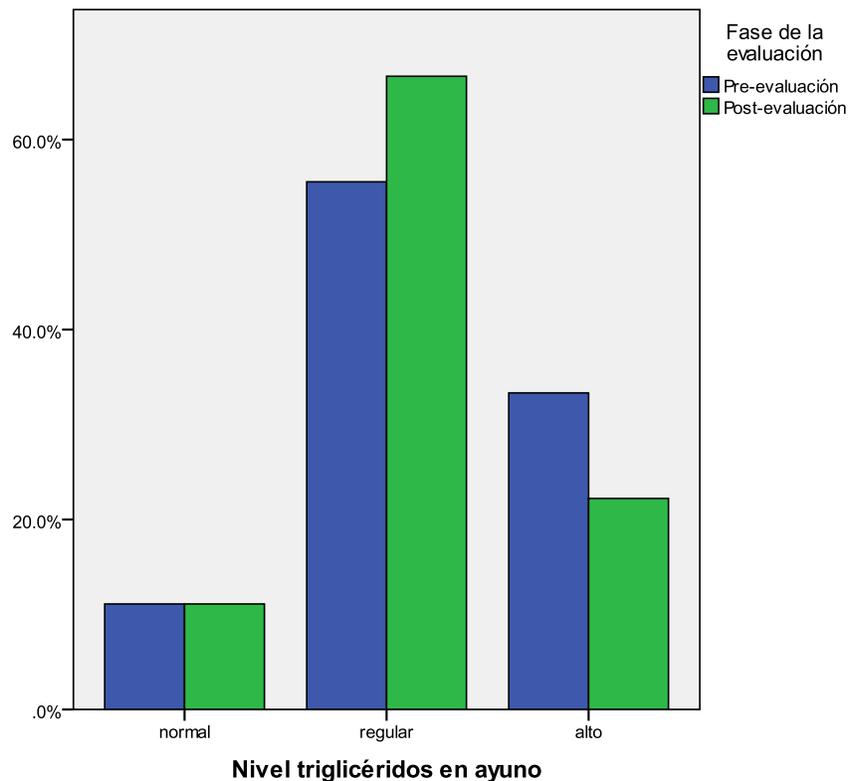


Figura 11. Nivel de Triglicéridos en ayuno (mg/dl) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Para la presión arterial no se encontraron diferencias significativas entre ambas fases de evaluación. Durante la pre-evaluación, la media de presión arterial fue de 117.78/74.44 mmHg con un mínimo de 100/70 mmHg y un máximo de 140/90; durante la post evaluación la media fue de 108.89/66.67 mmHg con un mínimo de 90/50 y un máximo de 140/90. Como se observa en la Figura 12 la presión arterial sistólica normal (<120 mmHg) paso de casi 80% en la pre-evaluación, a un 90% en la post-evaluación. La presión arterial diastólica fue normal en un 90% durante ambas fases de evaluación.

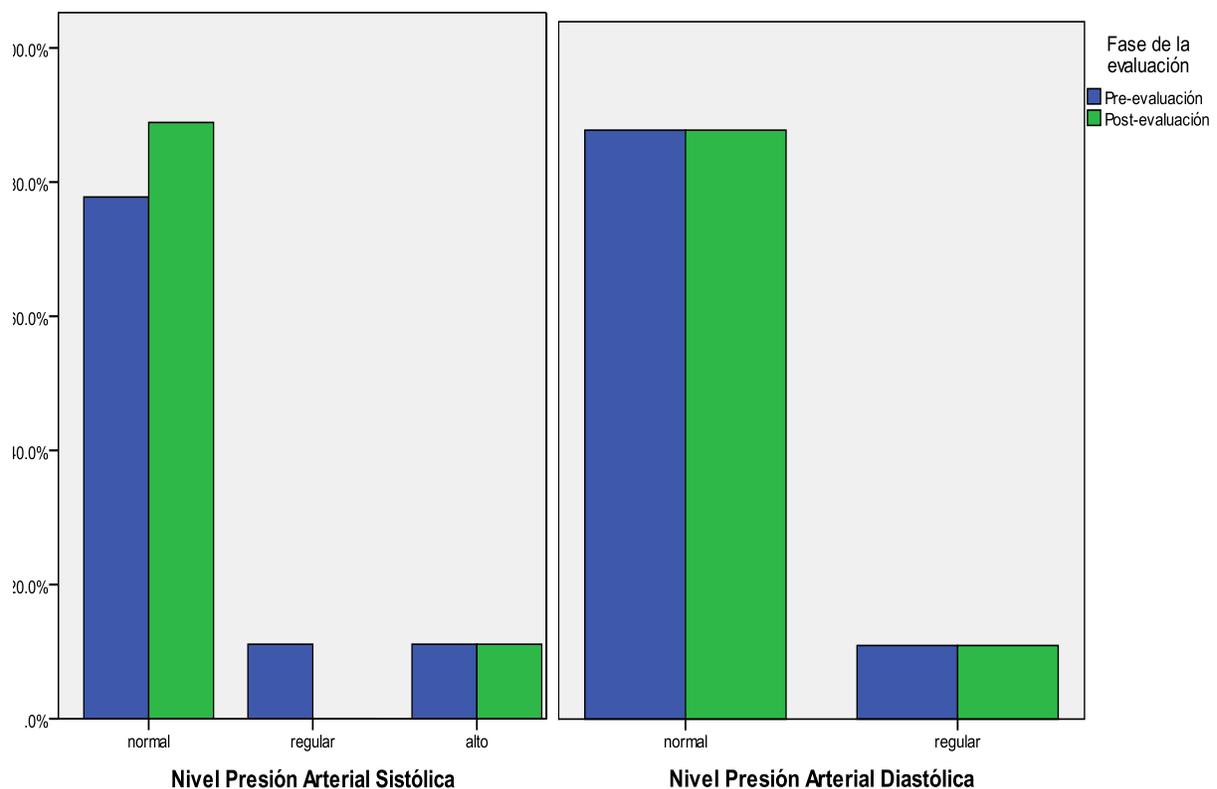


Figura 12. Nivel de Presión arterial sistólica y diastólica (mmHg) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

4.4. Discusión

El propósito de esta tesis fue desarrollar un taller para mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Así mismo, el taller contiene tres objetivos particulares: que los participantes adquiera conocimientos generales sobre la Diabetes Mellitus tipo 2; que los participantes reciban entrenamiento en el manejo de su salud integral con el fin de fomentar el autocuidado; y que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo para la aceptación de la enfermedad, y de este modo se adapten a estilos de vida saludables que mejoren su calidad de vida. Estos objetivos parten de la hipótesis que explica que el desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente, la poca responsabilidad que se le otorga de su propia salud y la no aceptación o asimilación de la enfermedad crónica, influye directamente en la no adherencia al tratamiento y la no adaptación a estilos de vida saludable que les permita a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mejorar su calidad de vida. En términos generales el taller aplicado logró como resultado una mejoría significativa en la calidad de vida de los participantes.

A pesar de que en ninguna de las dos fases de evaluación se demostraron niveles bajos de calidad de vida, después de aplicar el taller los niveles de calidad de vida de los participantes incrementaron significativamente a moderado y alto o bien se mantuvieron iguales. Estos resultados pueden explicarse con el interés que tiene el taller en que el paciente tenga conocimiento de la enfermedad, en que comprenda las implicaciones que ésta tiene en su vida, en proporcionarle las herramientas que necesita para enfrentarse a los principales cambios y problemas biopsicosociales, en que se involucre en el tratamiento y reflexione sobre la importancia de buscar sentirse bien en todos los aspectos de su vida (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007; Moreno y Gil, 2003).

Analizando particularmente cada uno de los factores que componen la calidad de vida, (según el instrumento utilizado en esta intervención) se observa que la

mejoría fue particularmente significativa en el estado de ánimo negativo, la función social, los síntomas físicos, el Índice de Masa Corporal y los triglicéridos. El hecho de ser significativos garantiza la eficacia del taller para estos factores en próximas intervenciones.

El decremento que los pacientes tuvieron para la post-evaluación en el factor de “ánimo negativo”, indica que las emociones negativas con respecto a su condición de vida y su salud fueron menores después del taller consiguiendo un “bienestar psicológico” para las personas.

Estos resultados, en el bienestar psicológico, se pueden explicar porque en primer lugar, durante la primera fase del taller se guió al paciente a eliminar creencias erróneas con respecto a la enfermedad ya que en su mayoría se identificaron como negativas, catastróficas o erróneas. También se puede deber a la cuarta fase del taller destinada a la aceptación de la enfermedad, en donde se le ayudó a los participantes a identificar las consecuencias negativas y positivas del diagnóstico y se les enseñaron técnicas para enfrentar los problemas psicológicos y sociales que se les presentaron a partir del diagnóstico. De modo que, estas sesiones permitieron que los pacientes disminuyeran emociones como la angustia, el pesimismo y la hipocondría, con respecto a la enfermedad, así como también les permitieron superar el duelo por la pérdida de la salud, y enfrentar de un modo menos negativo los cambios que el diagnóstico de una enfermedad crónica implica (Lorente, 2007; Lugones, 2002).

Con relación a los niveles altos de “bienestar social” logrados para la post-evaluación, se puede atribuir no solo a las estrategias de afrontamiento encaminadas a solucionar conflictos sociales relacionados con la enfermedad, tratadas en la fase cuatro del taller, sino también, al mismo Grupo de Ayuda Mutua que, como explica Roca (1998), no solo es un medio por el cual las personas adquieren información y conocimientos sino que les proporciona un apoyo emocional, un sentido de pertenencia e identidad al relacionarse con

personas que experimentan situaciones similares a las de ellos, les proporciona habilidades sociales y en general contribuye a mejorar su calidad de vida.

Además de que el taller interviene significativamente en el ámbito psicológico y social también lo hace en el ámbito físico lo cual está reflejado en la disminución de síntomas corporales y que, cabe mencionar, fue en este factor particularmente en el que se observó un cambio más contundente y notable al comparar la pre y la post evaluación.

La mejoría en los síntomas físicos demuestran que la educación proporcionada al paciente a lo largo del taller, relacionada con las complicaciones y los autocuidados que debe tener, les permitió entender la enfermedad, poner más atención en su cuerpo y a lo que sienten, involucrarse y adherirse a su tratamiento, prevenir complicaciones, responsabilizarse de los hábitos de aseo, alimentación y actividad física, que en conjunto, le permiten al paciente tener un mayor control metabólico; y por ende mejorar su calidad de vida (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2006). Con base en lo anterior, se entiende que la estabilidad de los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos, presión arterial e IMC disminuye los malestares físicos, así como, la asimilación de la enfermedad disminuye la somatización por parte del paciente.

En el resto de los factores, capacidad física, función psicológica y estado de ánimo positivo, si bien no se encontraron diferencias significativas entre ambas fases de evaluación, en todos estos hubo aumento en los niveles de bajo a moderado y alto o bien de moderado a alto para la segunda evaluación. Estos resultados se pueden deber a que el taller no está directamente dirigido a estimular la capacidad física y psicológica de los pacientes, aunque las actividades y tareas que se les asignan a lo largo del taller pueden hacerlo, aunque no de manera significativa.

Además es importante tomar en cuenta que la edad promedio de los participantes es de 65 años, razón por la cual, la capacidad de regeneración psíquica y el rendimiento físico e intelectual tiende a disminuir. Con respecto al estado de ánimo

positivo posiblemente no se proporcionaron los suficientes estímulos motivacionales que les permitieran mejorar o incrementar su optimismo de manera significativa.

Es importante mencionar que una excepción importante en los resultados fue el factor de función social, en el cual, se observó un decremento en la post evaluación. Esto pudo haber sido un efecto secundario de la intervención debido a que el Grupo de Ayuda Mutua ya estaba formado y los participantes de alguna manera se conocían, por lo que el hecho de haber sido la primera vez en la cual se vieron expuestos a poner a prueba sus habilidades y conocimientos, a exponer sus creencias, opiniones y situaciones personales, pudo haber mermado su interesarse por los demás y la facilidad de abrirse ellos. Por este motivo, se sugiere que para obtener mejores resultados y facilitar el desarrollo de cada una de las sesiones de intervención, el taller se realice con grupos de personas que no sostengan una relación entre sí o hayan tenido una historia interpersonal previa.

Con respecto al control metabólico y clínico sólo el Índice de Masa Corporal y los triglicéridos obtuvieron diferencias significativas entre la pre y la post evaluación, y la glucosa, el colesterol y la presión arterial, aunque no arrojaron diferencias significativas si hubo una mejoría en todos los niveles.

El acercamiento de los índices metabólicos, importantes para el diabético, a índices normales (establecidos por la Secretaria de Salud Pública), se asume a las sesiones educativas y de fomento del autocuidado y automonitoreo durante la tercera fase de intervención, a la modificación de su alimentación y actividad física supervisadas por lo menos una vez a la semana. Sin embargo, el hecho de que los cambios no sean significativos puede ser debido, por un lado, a que el tiempo en el que se impartió el taller no fue suficiente como para llevar un control metabólico y puramente estricto, y por otra parte, a que el taller no tuvo como objetivo particular el monitoreo y control escrupuloso de peso y glucemia ni el apego al tratamiento, aunque si se fomentó en todo momento. Así mismo, el

hecho de que solo se les veía una vez por semana, no nos asegura que cumplieran con los lineamientos de dieta y ejercicios el resto de la semana.

La razón de esta poca exigencia a la adherencia al tratamiento es debido, principalmente, a la teoría de esta tesis que sostiene que lo más eficaz no es guiar la intervención de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 hacia una adherencia al tratamiento directamente, sino que previamente a este régimen, es necesario que el paciente comprenda su enfermedad, aprenda a autocuidarse, y especialmente acepte el cambio de estilo de vida que conlleva una enfermedad crónica entendiendo que estos cambios le ayudarán a prevenir complicaciones, proteger su salud y mejorar su calidad de vida de manera consciente y progresiva (Martínez, Coco, Fraile, Casado, Domínguez y Ramos, 2007).

Otras razones por las que el taller no ayudo a mejorar todos los factores medidos pudo haber sido por las características de la población ya que en su mayoría no sabían leer y escribir lo que dificultaba el desarrollo de algunas actividades o incluso se tuvo que modificar algunas. Así mismo, los participantes fueron en su mayoría personas de la tercera edad quienes reconocían olvidar fácilmente lo aprendido además de que se observaba un gran arraigo cultural a sus costumbres e ideas dificultando la aceptación y comprensión de las actividades.

CONCLUSIONES

Debido a que en la actualidad no existe una cura para la Diabetes Mellitus tipo 2 se sugiere que este taller se implemente como un tratamiento de tipo preventivo de complicaciones y como un medio de mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como también, para beneficio de las personas recién diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo 2 y para aquellas personas que la adherencia al tratamiento ha sido difícil de adquirir y no ha logrado frenar las complicaciones de la enfermedad.

Específicamente el taller es un tratamiento preventivo porque asiste en la educación del paciente y el proceso de adaptación a la enfermedad evitando de este modo complicaciones. Además abarca los tres niveles de tratamiento preventivo: el nivel primario porque proporciona educación y promueve estilo de vida saludables, ayuda a prevenir y corregir la obesidad, fomenta el uso moderado y controlado de medicamentos y promueve la actividad física diaria; el nivel secundario porque busca retrasar el desarrollo de la enfermedad y previene la aparición de complicaciones; y en nivel terciario porque busca evitar la discapacidad del paciente por complicaciones y evitar la mortalidad temprana y en un estado degenerativo (Alpizar, 2001).

Ya que la diabetes se explica en términos de factores biológicos (como los cambios metabólicos, la sintomatología etc.) psicológicos (como los estilos de vida, las creencias con respecto a salud y enfermedad, estrés, proceso de duelo) y sociales (apoyo social, costumbre y relaciones de pareja, familiares y amigos), el taller emplea el modelo biopsicosocial que ofrece una intervención integral:

A nivel físico fomenta el ejercicio diario, el automonitoreo y el autocuidado del control metabólico y cuidados higiénicos y dietéticos.

A nivel psicológico ayuda al paciente a adquirir conocimientos generales de la enfermedad y deshacerse de falsas creencias que pueden poner en riesgo su salud, genera en la persona un sentido de responsabilidad de su propia salud, les ayuda a aceptar los cambios que genera la enfermedad en su vida, facilita la expresión y manejo de los sentimientos ligados a ella, entrena en habilidades y técnicas para enfrentar y solucionar los problemas personales suscitados por la enfermedad.

Y a nivel social proporciona un servicio multidisciplinario, permite compartir las experiencias con respecto a la enfermedad con otros miembros y fomenta el apoyo afectivo y moral entre los miembros del grupo, invita a fomentar la salud dentro del grupo familiar y se le entrena en técnicas y habilidades sociales para enfrentar las dificultades que pudiera tener ante el equipo de salud, familiares y amigos con respecto a su salud y al tratamiento de la enfermedad (Vinaccia y Orozco, 2005; Rodríguez, Pastor y López, 1993).

Así, el taller puede ser visto y utilizado como un primer contacto con la enfermedad y su tratamiento, con la finalidad de educar, capacitar, sensibilizar y ubicar al paciente haciendo que la experiencia del taller le permita, de manera consciente y práctica, adquirir responsabilidad de su salud y adoptar hábitos saludables que lo conduzca a mejorar su calidad de vida. También pueda facilitar subsecuentemente la adherencia al tratamiento y el control metabólico estricto para aquellos pacientes más difíciles.

El taller evalúa la calidad de vida para poder determinar el impacto general de la enfermedad en la persona y los resultados de la intervención. Lo que también contribuye a mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y la comunicación de estos con el paciente (Bayes, 1994 en Vinaccia y Orozco, 2005).

Por otro lado, el taller fomenta la formación de Grupos de Ayuda Mutua como espacios públicos en donde las personas interesadas tienen fácil acceso a una información segura y oportuna sobre su salud y su enfermedad, además, es un medio para mejorar la relación entre el equipo de salud y los enfermos lo que contribuye a la identificación de los factores biopsicosociales involucrados en la enfermedad y el tratamiento, para mejorar el servicio y con esto la salud de las personas.

Así mismo, el taller fomenta la atención integral para el paciente, por lo que busca que las personas con alguna enfermedad sean atendidas por un equipo multidisciplinario de salud, en donde el psicólogo desempeña una labor importante para la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas degenerativas.

El taller puede ser útilmente aplicado en instituciones públicas ya que es de bajo costo y prepara al paciente para aceptar los cambios que la enfermedad crónica implica y ayuda a contrarrestar los bajos índices de adherencia al tratamiento, que es la principal causa de morbilidad y mortalidad de la Diabetes Mellitus 2 que existe en el país (FAO, 2003; Moreno, 2001). Además, el taller puede ser adaptado y utilizado para el tratamiento de otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, insuficiencia renal, artritis, osteoporosis, entre otras.

Es importante mencionar que si bien se espera que las subsecuentes imparticiones del taller ayude en algún grado a mejorar la calidad de vida de los pacientes, los resultados no son universales y pueden variar dependiendo de las personas, la situación, el contexto social, el tiempo que se tenga con la enfermedad, su gravedad, etc. Y que el taller no debe ser visto ni utilizado como único tratamiento ya que la intervención y las revisiones de los especialistas de las diferentes áreas involucradas deben ser constantes y abordar diversas temáticas para seguir mejorando la calidad de vida del paciente.

En conclusión, la implementación de este taller puede contribuir positivamente a la preocupación de salud que tiene actualmente el país con las enfermedades crónicas, en particular con la Diabetes Mellitus tipo 2 que causa muertes prematuras, dolorosas, incapacidades, y que implica un importante gasto emocional, físico y económico de quien la padece, de sus familiares y en general del país. El taller es considerado un tratamiento integral de tipo preventivo ya que está guiado a prevenir la aparición de complicaciones a nivel biológico, psicológico y social y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, puede tener alcances preventivos de tipo primarios con la difusión de la información que fomenta el taller, de los pacientes a los familiares y personas cercanas a los enfermos con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

Alpizar, M. (2001). *Guía para el Manejo Integral del Paciente Diabético*. México, D.F: Manual Moderno.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2, (35), 161-164.

Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006). Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 4, (14), 1-187.

Botero, B.E. y Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, (12), 11-24.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2*, (2da. ed.). San José, Costa Rica, pp. 127.

Candelo, C., Ortiz, G. y Unger, B. (2003). *Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores*. Colombia: Cali.

Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A. Barquera, S, Rosas, M., Hernández, M., De León, M. y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50 (5), 419-427.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). Obtenido el 25 de agosto del 2011 desde: <http://insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>

- Fernández, J.A., Hernández, R. y Siegrist, J (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Cuestionarios en atención primaria*, 28, (10): 658-689.
- García L.M (2006). El auto-manejo de la enfermedad crónica. Un área de aplicación de la psicología. *Hojas Informativas de los Psicólogos de las Palmas*, 87, 11-17.
- ISSSTE. (2008). *Guía Técnica para la integración de Grupo de Ayuda Mutua*, 106.
- Jiménez, M. P. (2003). Motivación y salud. En E. Fernández, M. P. Jiménez & M. D. Martín (Eds.), *Emoción y motivación. La adaptación humana*. (pp. 831-854). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces SA.
- Lara, A., Aroch, A., Aurora, R., Arceo, M. y Velázquez, O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*, 4, (74), 330-336.
- Lazarus R., Folkman S. (1986). *Escala de modos de afrontamiento*. Madrid: TEA.
- Lazcano, M. y Salazar, B.C. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Aquichan*, 1, (7), 77-84.
- Lorente, I. (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en Diabetología*, 23 (2), 94-99.
- Malacara, J. (2003). El enigma de las causas de la diabetes mellitus tipo 2. *Acta universitaria*, 13 (1), p. 5-17.

- Martínez, L., Vega, C., Nava, C. y Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1), 1-17.
- Martínez, M., Coco, B, Fraile, P., Casado, A., Domínguez, J. y Ramos. A. (2007). Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en pacientes diabéticos. *Metas de Enfermería*, 10 (1), 23-30,
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y practica*. México: Manual Moderno, pp. 561.
- Méndez, F.X., Meléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10 (2), 189-198.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology an d Psychological Therapy*, 1, (3), 91-109.
- Moreno, L. (2001). Epidemiología y diabetes. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 44 (1). 35-38.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da Ed. México: Thompson.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. Atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Obtenido el 17 de agosto de 2011 desde: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Diabetes. Centro de Prensa. Nota descriptiva* No. 312, septiembre 2011. Obtenido el 12 de abril del 2012 desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Ortego, M.C.; López, S. y Álvarez, M. L. (s/f). Tema 14. La adherencia al tratamiento en *Ciencias Psicosociales I*: Universidad de Catabria. Obtenido desde: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf

Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). *Salud en Igualdad de oportunidades*. Obtenido el 17 de agosto de 2011 desde: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/Eje3_Igualdad_de_Oportunidades/3_2_Salud.pdf

Reyes, A.G., Garrido, A., Torres, L. E. y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 1, (20), 111-117.

Roca, F. (1998). Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo Social* 11, 251-263.

Rodríguez, B. y Fernández, A. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud. *MEDIFAM*, 4, (12), 276-284.

Rodríguez, J., Pastor M. A. y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, (5), 349-372.

Santana, M, Y. (2007). Diabetes e incidencias psicológicas en la misma. *Atlas de la Diabetes*. Obtenido el 30 de noviembre del 2012 desde: www.Diabetesatlas.org

Secretaria de Salud Pública (2006). *Guía Técnica para capacitar al paciente con diabetes*. México, D.F.

Secretaría de Salud Pública (2008). *Principales causas de mortalidad general*. Obtenido el 17 de agosto del 2011 desde: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

Taylor, S. E. (2003). *Psicología de la Salud*. México: MacGraw-Hill.

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: MacGraw-Hill, 6° edición.

Vega, O.M. y González, D.S. (2009). Apoyo social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, 16, 1-11.

Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología*, 2, (1), 125-137.

A N E X O I

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES DEL TALLER

FASE II. CONOCE TU ENFERMEDAD	
Sesión 1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus tipo 2?	
Objetivo general	Que los participantes adquieran conocimientos generales sobre la Diabetes Mellitus tipo 2.
Objetivo particular	Que los pacientes expongan sus conocimientos de la enfermedad, corrijan y complementen información y resuelvan dudas.
Actividad	Exposiciones
Procedimiento	<p>Se dividió a los participantes en 3 equipos y se les proporcionó cartulina y plumones de colores. A cada equipo, se le asignó un miembro del equipo de salud quien guió las preguntas a responder: ¿Qué es?, ¿Por qué da?, ¿A quiénes da? Y ¿Cómo da?, el miembro del equipo de salud solo guió las preguntas sin aportar ninguna información y motivó a los participantes a que discutieran las preguntas y acordaran lo que se escribiría en la cartulina. Esta actividad duró entre 20 y treinta minutos, al final de los cuales cada equipo seleccionó a un representante del equipo quien expuso sus respuestas. Finalmente se dio retroalimentación y se corrigió y amplió la información.</p> <p>Duración:70 min</p>
Materiales	Cartulinas blancas y plumones
Observaciones	Los participantes se mostraron muy cooperativos, respondieron bien y de forma simple a las dos primeras preguntas aunque se les dificultó contestar la última pregunta debido a que no fue muy clara, por lo tanto, se les explicó cómo se afecta el páncreas, y como funciona la insulina en una persona con DM2 en comparación con una persona sin DM2.

FASE II. CONOCE TU ENFERMEDAD	
Sesión 2 Creencias, mitos y realidades de la DM2	
Objetivo general	Que los participantes conozcan la información básica de la Diabetes Mellitus tipo 2.
Objetivo particular	Que los pacientes conozcan cuáles de las creencias más comunes de la DM2 son falsas y cuáles verdaderas.
Actividad	Debate en equipos
Procedimiento	<p>Se les pidió a los participantes que formaran 3 equipos y a cada uno se les asignó un médico como coordinador y una lista de mitos, creencias y realidades de la DM2. El médico leyó una a una las oraciones y les preguntó a los participantes si la creencia es falsa o verdadera y los incitó a debatir entre ellos, después corrigió la respuesta o completó la información (explicó porque la oración es falsa o verdadera). Esta primera parte duró aproximadamente 30 minutos. Previamente los coordinadores anotaron en cartulina las creencias de la DM2 más comunes, y realizaron tarjetas con un tache y tarjetas con una paloma. Al terminar la primera parte se les pidió a los participantes que se juntarán todos cerca de la cartulinas y se les pidió que pasaran arbitrariamente a pegar la tarjeta con el “tache”, si la oración es falsa, o la tarjeta con una “paloma” si es verdadera y que explicara su respuesta. Finalmente se dio retroalimentación.</p> <p>Duración: 60 minutos</p>
Materiales	Lista de mitos, creencias y realidades de la DM2 Cartulina, plumines, tarjetas y cinta adhesiva.
Observaciones	En esta sesión se pudo determinar la gran cantidad de mitos que los pacientes creen ciertos y que además los llevan a la práctica. Entre estos se incluyen métodos para bajar o subir el nivel de azúcar en la sangre, razones por las cuales creen que padecen la enfermedad, y hábitos alimenticios que estaban poniendo en riesgo su salud.

FASE III. CONOCE TU ENFERMEDAD	
Sesión 3-7 “Aprende a cuidar tu salud”	
Objetivo general	Que el paciente reciba entrenamiento en el manejo de su salud integral con el fin de fomentar el autocuidado
Objetivo particular	Según el módulo
Actividad	Módulos de Cuidados
Procedimiento	<p>Para esta sesión se organizaran los siguientes módulos de cuidados para el paciente con DM2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes de laboratorio y revisiones medicas periódicas 2. Técnicas de determinación de glucemia y presión arterial 3. Medicamentos orales e inyección de insulina 4. Cuidado de los pies 5. Cuidado de la piel 6. Cuidado de los ojos 7. Cuido de los riñones 8. Cuidados del corazón 9. Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y estrés) 10. Salud bucal 11. Medicina alternativa 12. Nutrición* <p>Se colocaron a lo largo del patio tres o cuatro módulos por sesión (excepto módulo de nutrición). En cada módulo los responsables</p>

	<p>(médicos, odontólogos o psicólogos, enfermera o trabajadora social según su especialidad en el tema) realizaron una actividad con los participantes, la cual tuvo una duración de entre 5 y 15 minutos máximo según el módulo.</p> <p>Las actividades se llevaron a cabo mediante técnicas interactivas de enseñanza-aprendizaje de tipo expositivas, de modelamiento, de imitación o ensayo y error, según los alcances del módulo. En cada una de ellas se procuro la participación activa de todos los participantes para fomentar el autocuidado y se aclararon dudas.</p> <p>A los participante se le proporcionó una tarjeta con el título de cada módulo de cuidados y se les pidió que pasarán a cada uno de ellos en donde realizarían diversas actividades con el fin de que aprendieran como cuidar su salud de manera autónoma. Los miembros del equipo de salud responsables de cada módulo marcaron la tarjeta de los participantes en la parte correspondiente a su módulo de modo que, al finalizar esta fase, todos los participantes tenían en su tarjeta, todos los módulos de cuidados aprobados.</p> <p>*Particularmente las actividades del Módulo de Nutrición fueron realizadas durante las dos últimas sesiones de la fase debido a que es un tema más extenso.</p> <p>Duración por sesión: de 45 a 60 minutos.</p>
Materiales	<p>Carteles, folletos, material didáctico y de cuidados según el módulo y Tarjetas de cuidados.</p>
Observaciones	<p>En esta sesión nos percatamos de la brecha que existe entre lo que el médico explica y lo el paciente entiende ya que muchos practicaban mal la toma de glucemia, la práctica de la toma de medicamentos en cuanto horarios y qué hacer cuando se les olvida tomar una pastilla, la forma y lugares de inyectar la insulina, la forma de cuidar sus pies, y el desconocimiento que tenían acerca de los órganos que pueden ser dañados si se lleva un mal control de la diabetes.</p> <p>Es importante mencionar también lo sorprendido de los pacientes con respecto a la información ya que comentaron que entendieron el porqué de diferentes síntomas que no atendían porque no creían que fuese importante o estuviese relacionado con la diabetes.</p>

FASE III. “ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD”	
Sesión 8 El duelo a la pérdida de la salud	
Objetivo general	Que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida saludables.
Objetivo particular	Que los pacientes conozcan el proceso de duelo ante la pérdida de la salud o cambio de estilo de vida a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica.
Actividad	Mesa de diálogo
Procedimiento	<p>Se explicó en términos generales del proceso de duelo y lo que éste implica, sus fases, síntomas físicos, psicológicos y sociales. Todo esto adaptado al proceso que implica la aceptación de la enfermedad y en un lenguaje coloquial, Así mismo se permitió la participación de los pacientes resolviendo sus dudas y escuchando sus experiencias con respecto a la presente temática. Se dio retroalimentación.</p> <p>Duración: 40 minutos</p>
Materiales	
Observaciones	En esta sesión los pacientes se mostraron sorprendidos e identificados con la explicación acerca de la pérdida de la salud y como es que han experimentado en sus vidas el proceso de duelo y las emociones negativos que los acompañan.

FASE III. “ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD”	
Sesión 9 Primeras fases del proceso de duelo: Shock y Negación	
Objetivo general	Que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida
Objetivo particular	Que los pacientes reflexionen sobre el impacto psicológico emocional y social del diagnóstico de la DM2.
Actividad	Rol playing.
Procedimiento	<p>Se les explicó en términos generales en qué consisten las dos primeras fases del proceso de duelo que es el shock y la negación en el diagnóstico de la enfermedad. A continuación se les pidió que formaran parejas voluntariamente y que entre ellos cada uno comentara sobre la pérdida, es decir que cuenten su experiencia personal sobre el momento del diagnóstico, cómo fue, cómo reaccionaron ante la noticia, qué paso, qué pensaron, qué sintieron y qué hicieron. Para esto contaron con 20 minutos. Seguido de esto, utilizando la técnica del juego de roles se les pidió que organizaran una representación de cómo fue este proceso en base a lo comentado por el equipo. Para esto se les dieron otros 10 minutos por equipo. Finalmente se les pidió que por equipo pasaran al frente a realizar su representación. Se dio retroalimentación.</p> <p>Duración: 60 minutos</p>
Materiales	
Observaciones	En esta sesión los participantes se mostraron algo tímidos al representar, sin embargo, se vieron divertidos. Fue interesante observar y escuchar como los pacientes perciben al médico “frio” a la hora del diagnóstico y como esto los hace sentir miedo y presión por todas las indicaciones, además explican el poco apoyo social que reciben porque nadie los entiende y sólo les dan ordenes de lo que deben y no hacer. Explican también como les gustaría que fuera este proceso de modo que se sintiesen más apoyados y entendidos.

FASE III. “ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD”	
Sesión 10 Emociones negativas: Ira, angustia, tristeza.	
Objetivo general	Que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida
Objetivo particular	Que los pacientes reflexionen sobre las emociones negativas relacionadas con la DM2.
Actividad	Ventajas y Desventajas
Procedimiento	Se les explicó en términos generales en qué consisten las emociones negativas que pueden experimentar durante de proceso de duelo e la enfermedad. Se les pidió a los participantes que formaran dos equipos. En cada equipo el psicólogo les ayudó a comentar sus experiencias con esas emociones y a encontrarles una explicación lógica identificando creencias irracionales y finalmente se les guio a percibir su situación de forma positiva. Esta primera parte duró 30 minutos. Después se les pidió que de manera individual escribieran en la cartulina los pros y contras de tener DM2 y después los expusieron uno a uno todo el grupo. Se concluyó respecto al tema y se animó a los pacientes a cuidar su vida y a buscar su bienestar, se reconoció su trabajo personal hasta el momento y se dio retroalimentación. Duración: 60 minutos
Materiales	Cartulina y plumines.
Observaciones	En esta sesión los pacientes se mostraron muy emotivos por las situaciones de pareja, de trabajo y personales que han tenido que enfrentar. Comentaron que se sintieron comprendidos al saber que todos pasaban por situaciones similares. También se observó que la mayoría de los pacientes tiene miedo a la muerte y al dolor y añoran su estilo de vida anterior, pero también se cuidan más, ponen más atención en su cuerpo, aprenden más cosas, valoran más la vida y los amigos que han hecho. A veces tienen ganas de darse por vencidos pero casi siempre les gusta hacer ejercicio, sentirse apoyados por el equipo de salud, reunirse y hacer algo por sentirse mejor.

FASE III. "ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD"

Sesión 11 Adaptación a estilos de vida saludables

Objetivo general	Que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida
Objetivo particular	Que los pacientes aprendan técnicas de afrontamiento y solución de problemas relacionados con la enfermedad.
Actividad	Rol playing
Procedimiento	Se explica la importancia de la adherencia al tratamiento para sentirse y estar bien, los beneficios físicos, psicológicos y sociales que les proporcionan. También se les reconoce lo difícil de cambiar los hábitos y el estilo de vida y se les explica que existen técnicas para enfrentar esos problemas. A continuación se les pide formen tres equipos. En cada equipo se discute sobre las problemáticas y posibles formas de solucionar que tienen para: seguir la dieta, tomar los medicamentos y hacer ejercicio y se les guía a buscar soluciones. Esto tiene una duración de 20 minutos. Después se les pide planeen la representación de una solución a cada problemática para lo cual tienen 10 minutos. A continuación cada equipo pasa a representar y finalmente se da retroalimentación y se concluye.
Materiales	
Observaciones	Esta sesión fue muy divertida para los participantes porque compartieron las dificultades que tienen para seguir el tratamiento y compartieron entre ellos las soluciones que le dan a las problemáticas.

FASE III. "ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD"

Sesión 12 Testimonios

Objetivo general	Que los participantes reflexionen sobre el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad que les permitan adaptarse a nuevos estilos de vida
Objetivo particular	Que los pacientes reflexionen sobre lo vivido en el taller.
Actividad	Testimonios
Procedimiento	Al finalizar esta fase se sugirió a que cada uno de los participantes llevara un invitado, en esta última sesión, se realizó un convivio en el que se invitó a los participantes a relatar su experiencia con la presente intervención. Esto con el fin de retroalimentar a todo el grupo, invitar a otras personas diagnosticadas al grupo y fomentar la prevención de la enfermedad mediante la identificación de los factores de riesgo. Se entregó un reconocimiento a cada uno de los participantes, y se concluyó el taller.
Materiales	
Observaciones	En general todo los participantes se mostraron muy agradecidos por la intervención y por lo aprendido, algunos expresaron el importante cambio que dejó en sus vidas.

A N E X O II

**PERFIL DE CALIDAD DE VIDA PARA ENFERMOS
CRÓNICOS (PECVEC) Y
CUESTIONARIO DE SINTOMAS FÍSICOS**

PECVEC

ANEXO IIA

Estimado compañero:

Por favor, conteste **todas** las preguntas, son cuarenta, del modo en que mejor describan sus sentimientos personales y veintinueve de cuestiones en general. Asegúrese de que contesta todo el cuestionario.

Por favor, elija, a menos que se indique lo contrario **solamente una** respuesta y márkuela con una cruz (X).

Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada (no haga cruces entre dos números).

¡Muchas gracias por su colaboración!

Conteste con confianza, ya que su código y respuestas son totalmente confidenciales y se conserva el anonimato totalmente.

Conteste lo que se señala:

Día de nacimiento _____ mes de nacimiento _____

año de nacimiento _____

Primer letra de su apellido paterno _____

Primer letra de su apellido materno _____

Primera letra de sus nombres ejemplo: *María Elvia Edith = MEE*

Escriba ahora **solamente las iniciales de su nombre:** _____

Fecha del día de hoy: (día) _____ (mes) _____ (año) _____

Ciudad en la que usted radica: _____

Ciudad en la que usted responde este cuestionario: _____

Las preguntas tienen el siguiente formato:

Ejemplo: **¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?**

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

Si no indica lo contrario, sus respuestas se referirán siempre a los últimos 7 días.

1.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

2.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

3.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

4.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo mantener la concentración durante todo el día?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

5.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

6.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo dedicarse a sus aficiones?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

7.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo animarse para hacer cosas?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

8.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo desconectarse de sus problemas y lograr relajarse?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

9.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

10.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo comer con apetito?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

11.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo dormir por la noche

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

12.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo disfrutar con algo o alegrarse por algo?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

13.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo interesarse por algo?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

14.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo mantener contacto con amigos y conocidos?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

15.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo ayudar y/o dar ánimo a los demás?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

16.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo contar a otros lo que le preocupa?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

17.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo interesarse por las preocupaciones de los demás?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

18.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo hacer algo con otras personas? (ejemplo: deporte, juegos, excursiones, etc.)

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

19.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

20.- ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo hacer por sentirse mejor?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

21.- ¿Durante **los últimos 7 días**, cómo pudo soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

0 Nada en absoluto 1 Malamente 2 Moderadamente 3 Bien 4 Muy bien

22.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido triste y deprimido?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

23.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido atento y concentrado?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

24.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

25.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

26.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido apático e indiferente?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

27.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido preocupado e intranquilo?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

28.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

29.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

30.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido cansado y débil?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

31.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido enojado e irritado?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

32.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido asustado y amenazado?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

33.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

34.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

35.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido solo, incluso aunque este acompañado por otras personas?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

36.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

37.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

38.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

39.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida tuvo la sensación de ser comprendido y tomado en serio?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

40.- ¿Durante **los últimos 7 días**, en qué medida tuvo la sensación de que secansa físicamente enseguida?

0 Nada en absoluto 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Muchísimo

Animo, estamos por concluir...

Cuestionario de Síntomas Físicos

A continuación se describen algunas quejas o síntomas que pueden ocurrir en relación con su estado de salud. Por favor, valore en qué medida le molestaron los síntomas en los últimos 7 días.

Si no ha notado el síntoma marque con **una** cruz en “no tuvo”

SPG1.- Dolor de cabeza

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG2.- Dificultad respiratoria

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG3.- Mareos

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG4.- Latidos fuertes del corazón en el pecho o en el cuello (palpitaciones)

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG5.- Dolores musculares o articulares

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG6.- Cansancio rápido al esfuerzo físico

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG7.- Hinchazón de tobillos

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG8.- Problemas de visión o audición

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG9.- Pérdida de apetito

<input type="checkbox"/> () no tuvo	<input type="checkbox"/> (2) si tuvo y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuvo y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuvo y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuvo y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuvo y me molestó muchísimo

SPG10.- Picores o lesiones en la piel

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG11.- Tos irritativa (tos rasposa)

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG12.- Problemas con la orina

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG13.- Alteraciones del hábito intestinal (por ejemplo., diarrea, estreñimiento, etc.)

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG14.- Problemas con la digestión (por ejemplo, ardor de estomago, eructos, etc)

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG15.- Dificultad para conciliar el sueño

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG16.- Interrupciones del sueño (por ejemplo: despertar a media noche o muy temprano y no poder volver a dormir)

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

SPG17.- Si tuvo otros síntomas o quejas en los 7 últimos días, por favor indique cuáles y valore cuanto le molestaron.

a) Síntoma: _____

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo

b) Síntoma: _____

<input type="checkbox"/> () no tuve	<input type="checkbox"/> (2) si tuve y me molestó moderadamente
<input type="checkbox"/> (0) si tuve y no me molestó nada en absoluto	<input type="checkbox"/> (3) si tuve y me molestó mucho
<input type="checkbox"/> (1) si tuve y me molestó un poco	<input type="checkbox"/> (4) si tuve y me molestó muchísimo