



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

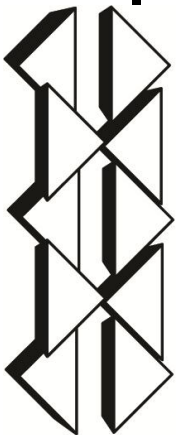
PSICOLOGÍA

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL
PROGRAMA DUPAM. DIABETES: UN PROGRAMA DE ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
DAVID PÉREZ RODRÍGUEZ

JURADO DE EXAMEN:

TUTORA: MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA
COMITÉ: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ
MTRO. JUAN LÓPEZ MOLINA
MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO
LIC. JAVIER RIVERA CONTRERAS




FES
ZARAGOZA

MÉXICO, D. F.

ABRIL DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Agradezco a la Mtra. Gloria por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

Al Dr. Marco, por sus consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó.

Al Dr. Juan, por la paciencia ante mi inconsistencia y la atenta lectura de este trabajo.

También a la Mtra. Enriqueta y al Lic. Javier, por sus comentarios en todo este proceso de elaboración de la tesis y sus atinadas correcciones.

De antemano les agradezco a los cinco profesores por la paciencia que me brindaron hasta el día de hoy.

A mi madre, que me acompañó en esta aventura que significó la licenciatura, de forma incondicional, que entendió mis ausencias y mis malos momentos.

A mi padre, que a pesar de la distancia, siempre estuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

A mis hermanas Gladys, Abigayl, Dalila y mi hermano Bernardo que desde el principio hasta el día de hoy siguen dándome ánimos para terminar este proceso.

A Fray Juan Manuel por su confianza, consejos y el apoyo brindado en momentos difíciles, así como la esperanza siempre de terminar esta etapa de mi carrera.

Por haber tenido la oportunidad de estar en esta facultad, la FES Zaragoza – UNAM.

Y por continuar y seguir en mi camino a todos ustedes...

...Muchas Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 1. DIABETES: ESTADO DEL ARTE	5
1. 1. Panorama Epidemiológico Internacional.....	5
1. 2. ¿Y en México?.....	7
1. 3. Tratamientos.....	9
Capítulo 2. DIABETES TIPO 2	15
2. 1. Historia.....	15
2. 2. Concepto.....	18
2. 3. Clasificación.....	19
2. 4. Síntomas.....	21
2. 5. Complicaciones.....	21
2. 6. Factores de riesgo.....	25
2. 7. Factores de riesgo en el adulto mayor con diabetes.....	27
Capítulo 3. ADULTO MAYOR	30
3. 1. Concepto.....	30
3. 2. Enfoque sobre el adulto mayor.....	32
3. 2. 1. Enfoque biológico.....	32
3. 2. 2. Enfoque demográfico.....	33
3. 2. 3. Enfoque socioeconómico.....	34
3. 2. 4. Enfoque sociocultural (sociológico y antropológico).....	34
3. 2. 5. Enfoque sociofamiliar.....	35
3. 3. Desarrollo humano integral del adulto mayor.....	38
3. 3. 1. Capacidad física.....	38
3. 3. 2. Capacidad intelectual.....	39
3. 3. 3. Social.....	41
Capítulo 4. DESARROLLO EMOCIONAL	44
4. 1. El concepto de emoción.....	44
4. 2. Autopercepción.....	46
4. 3. Sentimientos.....	49

4. 4. Emoción y diabetes.....	53
Capítulo 5. DUPAM. DIABETES: UN PROGRAMA DE ATENCIÓN	
MULTIDISCIPLINARIA	55
5. 1. Antecedentes.....	55
5. 2. Disciplinas. Funciones y actividades profesionales de desarrollo.....	57
5. 3. Programa.....	59
5. 4. DUPAM. Estructura, proceso y organización.....	60
5. 5. Atención de pacientes.....	60
5. 5. 1. Concienciación de la diabetes.....	60
5. 5. 2. Cuidados para la salud.....	61
5. 5. 3. Ejercicio físico.....	61
5. 5. 4. Resignificación de creencias y adaptación de patrones conductuales pautados culturalmente relacionadas con la diabetes.....	61
5. 5. 5. Relajación como estilo de vida.....	62
5. 5. 6. Sesiones de análisis multidisciplinario de casos y de actualización.....	63
Capítulo 6. METODOLOGÍA	65
Capítulo 7. RESULTADOS	68
7. 1. Situación socioeconómica.....	69
7. 2. Roles social y familiar.....	69
7. 3. Estado de salud.....	70
7. 3. 1. Estado inicial de salud.....	70
7. 3. 2. Fecha de diagnóstico.....	70
7. 4. Panorámica general del estado de salud y %HbA1c.....	74
7. 4. 1 Pacientes entre 1 y 3 meses en el programa.....	75
7. 4. 2. Pacientes entre 4 y 8 meses en el programa.....	76
7. 4. 3. Pacientes entre 9 y 12 meses en el programa.....	77
7. 4. 4. Pacientes entre 13 y 18 meses en el programa.....	78
7. 4. 5. Pacientes entre 19 y 20 meses en el programa.....	79

7. 5. Presentación de resultados individuales.....	80
7. 6. Análisis de resultados.....	106
CONCLUSIONES	109
REFERENCIAS	113
Anexo 1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA POBLACIÓN DEL DUPAM	122
Anexo 2. ACTIVIDADES MULTIDISCIPLINARIAS	131
FIGURAS	
Figura 1. Gastos de salud y población de diabetes por países.....	8
Figura 2. Estado de control de pacientes entre 1 y 3 meses.....	75
Figura 3. Estado de control de pacientes entre 4 y 8 meses.....	76
Figura 4. Estado de control de pacientes entre 9 y 12 meses.....	77
Figura 5. Estado de control de pacientes entre 13 y 18 meses.....	78
Figura 6. Estado de control de pacientes entre 19 y 20 meses.....	79
Figura 7. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Ofelia.....	83
Figura 8. Gráfica de %HbA1c del Sr. José.....	85
Figura 9. Gráfica de %HbA1c del Sr. Porfirio.....	87
Figura 10. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Ángela.....	91
Figura 11. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Consuelo.....	93
Figura 12. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Josefina.....	96
Figura 13. Gráfica de %HbA1c del Sr. Mario.....	99
Figura 14. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Gabina.....	100
Figura 15. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Guadalupe.....	103
Figura 16. Gráfica de %HbA1c del Sr. Augusto.....	105
Figura 17. Distribución de %HbA1c y el tiempo de asistencia al programa.....	107
TABLAS	
Tabla 1. Clasificaciones de la Diabetes Mellitus.....	20
Tabla 2. Factores de riesgo para la Diabetes Mellitus tipo 2.....	26
Tabla 3. Clasificación de la vejez.....	32

Tabla 4. Actividades por disciplinas.....	57
Tabla 5. Actividades multidisciplinarias.....	58
Tabla 6. Valores de referencia para determinación de %HbA1c.....	74
Tabla 7. Resultados de %HbA1c de pacientes entre 1 y 3 meses.....	75
Tabla 8. Resultados de %HbA1c de pacientes entre 4 y 8 meses.....	76
Tabla 9. Resultados de %HbA1c de pacientes entre 9 y 12 meses.....	77
Tabla 10. Resultados de %HbA1c de pacientes entre 13 y 18 meses.....	78
Tabla 11. Resultados de %HbA1c de pacientes entre 19 y 20 meses.....	79
Tabla 12. Personas atendidas y el tiempo de asistencia al programa.....	107
Tabla 13. Cuidados para la salud.....	139

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, para conocer el impacto que tuvieron las emociones en la salud de los adultos mayores con Diabetes tipo 2 (DT2) que asistieron al Programa DUPAM durante el periodo febrero 2007 a enero 2009.

Este estudio fue realizado en el municipio de Nezahualcóyotl, en donde se ubica la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, de la FES Zaragoza-UNAM. Los criterios para seleccionar a los participantes fueron tener una edad de 60 años o más, haber asistido de forma regular al programa. Los resultados se obtuvieron a partir de los datos estadísticos que se realizaron en el programa, como estudios clínicos de hemoglobina glucosilada, expedientes clínicos y los indicadores de problemas en la población; para que finalmente se concluyera en los resultados. La importancia de este tema es actualmente primordial ya que en México la diabetes, está ubicada en el noveno lugar como principal causa de muerte, aunque se ha hecho todo lo posible para prevenir esta enfermedad y sus secuelas, los resultados no han sido favorables. Y aquí es donde radica la importancia de éste trabajo, con el conocimiento de las emociones saber que también hay una alternativa para concientizar a las personas sobre su enfermedad mediante la atención multidisciplinaria y resaltar el papel del psicólogo.

Palabras claves: Emoción, adulto mayor, diabetes, DUPAM.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, se hizo un seguimiento a los adultos mayores con Diabetes tipo 2 (DT2) que acudían al programa Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria, en el Proyecto “Atención multidisciplinaria a personas adultas con Diabetes tipo 2 (DUPAM). Hacia la modificación de los estilos de vida”, en la Clínica Tamaulipas, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, durante el periodo febrero 2007 – enero 2009.

El trabajo consistió en analizar la información contenida en los expedientes multidisciplinarios de las 10 personas que fueron consideradas en el presente estudio, para poder establecer el impacto que tienen las emociones en la salud de las mismas, esto es, cuando se encontraban ante un problema, cómo se afectaba su salud, tomando como referencia los niveles de glucosa.

Como sabemos, la DT2 es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a una gran parte de la población a nivel nacional que ha causado muertes, pues en el 2010 se ubicó en el 9º lugar de causas de muertes en nuestro país (www.dgepi.salud.gob.mx).

Por su parte, María Esther Lozano, Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento, del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades recuperado en <http://www.lasalud.com.mx>, indica que la vejez tiene que ver con la edad fisiológica en la cual hay pérdida de autonomía e independencia, razón por la cual es importante trabajar en las pensiones y modo de vida de los adultos mayores, así como en los seguros de vejez y discapacidad. Además, indicó que México es uno de los países que tiene un envejecimiento rápido es decir tienen un promedio alto en la población de adultos mayores; y debido a los padecimientos frecuentes y la baja calidad de vida que generalmente se encuentran, provocan que el presupuesto en salud no sea suficiente. También es importante señalar, que la salud del adulto mayor y la calidad de vida, son imprescindibles en su estado, por ello, señaló que el primer nivel de atención tiene

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

que trabajar arduamente para que el envejecimiento en nuestro país sea con calidad de vida, se debe insistir en la prevención de las enfermedades crónicas degenerativas, que en los últimos años han aquejado a la población mexicana.

Aunque, actualmente los servicios de salud han tenido un gran avance en la intervención de la DT2, en la detección temprana, y que en los tratamientos tanto médicos como alimentarios, se ha implementado el ejercicio diario; sin embargo ante esto todavía la incidencia de DT2 es mayor en la población mexicana.

Para ello, el Programa DUPAM, ha implementado la multidisciplina como modelo a seguir para entender y comprender desde diferentes ángulos disciplinarios, e intervenir en la DT2; la aportación médica es importante pero también es relevante considerar que un adulto mayor que padece la DT2, se ve afectado por factores sociales, físicos y mentales.

En el presente trabajo, se aborda el impacto que tienen las emociones en la salud de los adultos mayores con DT2, para ello se realiza una revisión de los expedientes multidisciplinarios conformados por Enfermería, Medicina, Odontología, Psicología y QFB, de cada uno de los 10 pacientes que se consideró en este estudio.

Asimismo, está formado de 5 capítulos, el primero de ellos muestra información sobre el panorama internacional y nacional de la DT2, se aborda el panorama epidemiológico y el tratamiento.

En el segundo capítulo se expone la historia de la DT2, su definición a lo largo del tiempo así como la clasificación, los síntomas generales, sus complicaciones.

El tercer capítulo trata del adulto mayor, los diversos términos que han utilizado, también se habla sobre los distintos enfoques que dan una explicación al proceso de envejecimiento y la descripción del desarrollo integral del adulto mayor.

En el cuarto capítulo se habla de las emociones y sus definiciones, así como sus características. También se trata la autopercepción y sentimientos que le genera el adulto mayor con respecto a su desarrollo físico y mental.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En el quinto capítulo, se expone sobre el programa DUPAM y los elementos que lo integran.

En el sexto capítulo se presenta la metodología, el propósito de esta investigación, el tipo de estudio, la población que se utilizó y sus características, el procedimiento que se llevó a cabo en el desarrollo del presente trabajo.

En el capítulo siete se ofrecen la presentación de los datos y el análisis de resultados y las conclusiones.

Ya por último se presentan 2 anexos, los cuáles está conformado primeramente por las actividades multidisciplinarias, y dan una descripción de cada actividad realizada dentro del programa y el anexo de los indicadores psicológicos que se tomaron en cuenta para el análisis hacia los pacientes diabéticos.

Capítulo 1

DIABETES: ESTADO DEL ARTE.

1. 1. Panorama Epidemiológico Internacional

La Internacional Diabetes Federation (IDF) calcula que esta enfermedad afecta a más de 194 millones de personas en todo el mundo y se espera que alcance los 333 millones en el 2025 si no se hace nada por detener esta epidemia. Además, se espera que la prevalencia de diabetes se triplique en África, el este del Mediterráneo y el Sureste asiático; que se duplique en América y en el Oeste del pacífico al igual que en Europa en los próximos años.

La diabetes es una enfermedad crónica común en casi todos países. La IDF hizo una estimación de 285 mil millones de adultos con diabetes en el 2010 (Zhang, P., Zhang, X., Brown, Vistisen, Sicree, Shaw y Nichols, 2010); este número continuará aumentando globalmente debido al envejecimiento de la población, el crecimiento de tamaño de la población, la urbanización y las altas prevalencias de obesidad y el estilo de vida sedentario.

En el año 2000, los cinco países con el mayor número de habitantes con Diabetes Mellitus (DM), fueron India (32.7 millones), China (22.6 millones), Reino Unido (15.3 millones), Pakistán (8.8 millones) y Japón (7.1 millones). En ese mismo año, los cinco países con la mayor prevalencia de diabetes en la población adulta fueron Papua Nueva Guinea (15.5 %), Mauricio (15.0 %), Barein (14.8%), México (14.2 %) y Trinidad y Tobago (14.1 %). Para el 2010, hubo un incremento de habitantes con DM, según la IDF la clasificación de los primeros cinco países con mayor número de personas con diabetes quedó de esta forma: India, China, E. U. A., Federación Rusa y Brasil. (López y López, 1998)

Del porcentaje de habitantes que se señaló en el párrafo anterior, el 50% de toda la gente no sabe que padece la Diabetes Mellitus (DM). En algunos países el porcentaje de desconocimiento de su condición llega hasta 80% de la población con diabetes.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Un factor que interviene en las complicaciones de esta enfermedad es la atención tardía de las personas, principalmente por el desconocimiento de su situación y distintas complicaciones como son: la ceguera y amputaciones de miembros inferiores; asimismo la Federación Mexicana de Diabetes AC. (FMDAC, recuperado de <http://www.fmdiabetes.org>.) señala que la diabetes mellitus es el causante de que, cinco pacientes con diabetes, 2 desarrollan ceguera, Otras de las complicaciones que señala son que la gente con diabetes tiene 2 a 4 veces más posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares que la gente sin diabetes. Las personas con DM2 tienen el mismo riesgo de presentar un ataque cardiaco que la gente que no tiene diabetes, pero que haya tenido un ataque cardiaco en el pasado.

Por cada factor de riesgo que se presente, la posibilidad de muerte por enfermedad cardiovascular es tres veces mayor en las personas con diabetes que en la gente que no presenta esta enfermedad.

Mientras la mortalidad por enfermedad cardiovascular, en particular la enfermedad cardiaca coronaria, ha disminuido en aquellas personas que no tienen diabetes en los países desarrollados, en hombres con diabetes el decremento ha sido sólo de 13% mientras que en las mujeres con diabetes las tasas se mantienen actualmente en 23%. (www.fmdiabetes.org)

Estas complicaciones de la DT2, mencionadas anteriormente, son una gran carga para los servicios de salud, puesto que se estima que los gastos destinados a la diabetes ocupan entre 5% y 10% de los presupuestos de salud de las naciones. Los costos humanos y económicos de la diabetes podrían ser significativamente disminuidos si se invierte en prevención, particularmente en detección temprana, en razón de prevenir el desarrollo de las complicaciones por diabetes.

Aproximadamente 25% de las naciones del mundo no tienen presupuestos específicos sobre Diabetes en sus planes nacionales de salud. En 1997, en la encuesta "Acceso a la Insulina", levantada en 120 países, se encontró que sólo 48 naciones pueden satisfacer la necesidad total de la gente con diabetes en las áreas urbanas. La misma encuesta reveló que el acceso a la insulina, jeringas y

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

agujas era mayor en las áreas urbanas que en las rurales (48 naciones contra 32 en cuanto a insulina; 41 contra 29 en cuanto a jeringas y agujas) (www.fmdiabetes.com). En la clasificación de los primeros 10 países que tienen altos gastos de salud para la Diabetes que hacen Zhang, P. y cols., (2010) y se observa en la figura 1 que en primer lugar lo ocupa E. U. A. con un gasto de 197, 956, 040 mdd, le siguen Alemania, Japón, Francia, Canadá, Italia, Reino Unido, España, China y por último está México con un gasto de 4, 836, 480 mdd.

1. 2. ¿Y en México?

Según la FMDAC señala que, en México existen entre 6.5 y 10 millones de personas padece de Diabetes, con una edad que fluctúa entre los 20 y 69 años, esto representa casi el 11% de la población, con la agravante de que por lo menos un 2% de habitantes no saben que son portadores, ya que es una afección asintomática. (www.fmdiabetes.com, 2009)

Asimismo menciona la FMDAC que México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. En nuestro país la incidencia observada posee una tendencia secular de tipo ascendente en población general, en el periodo comprendido de 1996 a 2006, con una tasa de 268.05 a 394.36.

Uno de los principales síntomas de la hiperglucemia son la poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia y visión borrosa. La afección tiene gran repercusión social y económica en nuestro país, según la Dirección de Epidemiología (DGEPI), en un listado de 10 principales causas de morbilidad en el 2010, la diabetes se encuentra en el lugar 9º.

En este mismo periodo, el grupo de edad que menos presenta DT2, es el de 1 a 4 años de edad. Llama la atención que en ese decenio, en los menores de un año de edad, las tasas de incidencia han fluctuado entre cero y 10.01, los cuales se presentan en los años 2000 y 2002 respectivamente. Es importante referir que los datos presentados, muestran que las cifras se incrementan proporcionalmente a medida que aumenta la edad, por tanto las tasas de incidencia más elevadas las encontramos en los adultos mayores de 65 años.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Para la IDF, (Zhang, P. y cols., 2010), en un artículo muestra que México ocupa el décimo puesto, a nivel internacional, esto comparado con los datos presentados por la FMDAC ha bajado un lugar, sin embargo, todavía hay que hacer mucho para lograr controlar y prevenir la diabetes. En la figura 1 se puede observar las ubicaciones de los distintos países, así como los gastos que hacen para hacer frente a esta enfermedad y el número de personas con diabetes.

Figura 1. Gastos de salud y población de diabetes por países

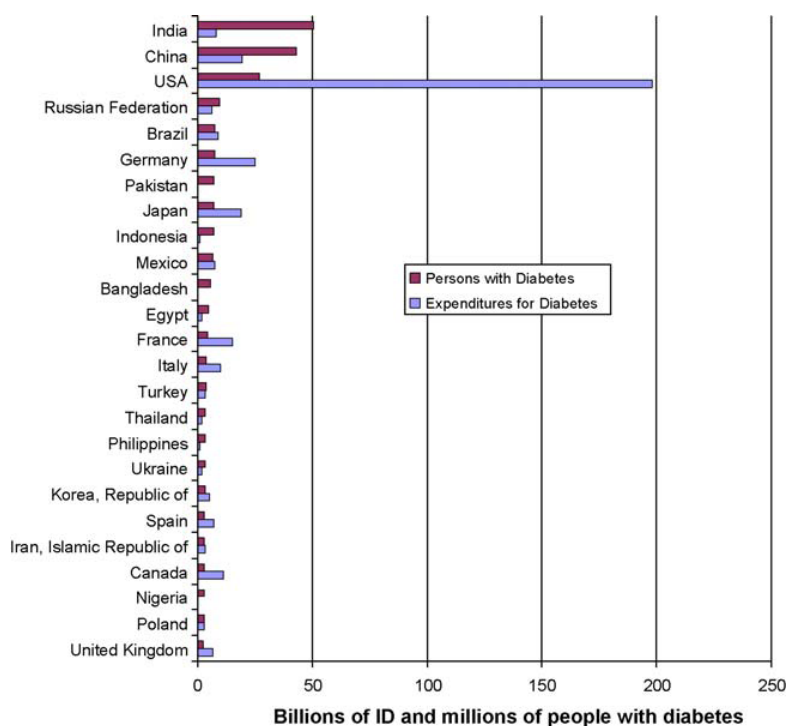


Figura 1. Gasto de salud para la diabetes y número de personas en 25 países con diabetes en 2010. (Zhang, P. y cols., 2010)

Por último, en 2004 murieron 15 mil personas más que en el año 2000 a consecuencia de las complicaciones de la diabetes (como reflejo de los problemas ocasionados por el envejecimiento poblacional, factores familiares y la falta de un diagnóstico oportuno).

La DT2 es una de las enfermedades crónicas más prevalentes del adulto mayor, se ha observado un notable incremento en los últimos años debido al aumento sostenido de la sobrevivencia de la población mundial, y esto por

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

consiguiente ha sido de interés creciente en la investigación y diagnóstico de la DT2 en adultos mayores.

La diabetes que se manifiesta después de los 65 años presenta características diferenciales frente a los que tienen DT2 de menor edad, ya que se desencadena de manera insidiosa, acompañada frecuentemente de obesidad, sedentarismo y sobrealimentación; y que esto afecta mayormente a las mujeres.

En los ancianos diabéticos, la enfermedad cardiovascular es significativa y, por tanto, con frecuencia se instaura tratamiento vasoprotector.

Para el 2025 se prevé que la población adulta aumentará a nivel mundial en 64% con respecto a la que había en 1995, y el número de pacientes diabéticos aumentará de 135 a 300 millones, es decir un aumento en general de 122% (Vázquez y Panderó, 2001)

1. 3. Tratamientos

Hay una Norma Oficial Mexicana (NOM), Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, establece una serie de puntos a considerar y establecer un esquema adecuado de tratamiento incluyen:

- Tipo de diabetes
- Edad y sexo
- Tiempo de evolución
- Control metabólico
- Tratamiento previo
- Complicaciones y enfermedades concomitantes
- Actitud del paciente ante la enfermedad
- Capacidad económica
- Aspectos socioculturales y de trabajo

Para ello, se tiene como primer componente para el tratamiento, el trabajo del médico y su equipo de salud, puesto que deberán manejar el cuidado del paciente de manera integral. Puesto que la meta a fijar será nivelar la glucosa a un estado normal, presión arterial, colesterol total, triglicéridos, control de peso, y la HbA1c (Hemoglobina Glucosilada).

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

También, otro de los puntos que establece es que al comienzo del tratamiento se tendrá que prescindir del tratamiento farmacológico y en sustitución de ello, se manejará la actividad física, una alimentación adecuada y un control de peso, esto deberá ser de manera estricta en un periodo de 6 meses de lo contrario se aplicará el tratamiento farmacológico cuando la persona no mantenga la glucosa en un nivel óptimo.

Por otro parte, no solamente se da el tratamiento en el área médico, que consiste en revisión de control de peso además de contar con el conocimiento para hacer planes de alimentación. También está el área Odontológica que es otra de las disciplinas que hace intervención, puesto que la diabetes no solamente afecta al cuerpo sino también a los dientes que son nuestras únicas herramientas para masticar el alimento que consumimos a diario.

Así la persona con DT2 podría hablar de cambios de peso, visión borrosa, letargo, cambios de humor y visitas frecuentes al baño. Estos síntomas deberían alertar al dentista como para remitir a dicha persona con diabetes a su médico de cabecera para que le realice un análisis de sangre con el fin de diagnosticar la afección.

El diagnóstico y el tratamiento de la diabetes no entran dentro del ámbito de la práctica del odontólogo. Sin embargo, sí está dentro del ámbito del dentista vigilar este aspecto de la atención (Gillis y Saxon, 2003).

Por último, está el área de psicología ya que no se puede desdeñar el entorno de paciente, pues se encuentra en un mundo donde se establecen relaciones sociales, ya sea con la familia o con varias personas que va conociendo a lo largo de su vida y que sus experiencias se ven reflejado en sus emociones, pensamientos, conductas, etc. En esto ayuda el psicólogo en apoyar y dar atención al adulto mayor.

Como ya se sabe, la DT2 es una entidad clínica que agrupa una serie de complejas anormalidades metabólicas. Estas incluyen: elevada producción hepática de glucosa, deficiente secreción de insulina por la célula beta del páncreas y una pobre respuesta del organismo a la acción de la insulina (resistencia a la insulina), principalmente en músculo, tejido adiposo e hígado.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Los diferentes esquemas terapéuticos utilizados para controlar la DM tratan de modificar algunas de estas anormalidades y aunque el número de opciones farmacológicas se ha incrementado considerablemente durante los últimos años, la apropiada selección de cada uno de ellos suele ser cada vez más difícil y compleja (Escalante, 2001).

Y los medicamentos que se utilizan frecuentemente para el tratamiento médico para la DM2, y por vía oral son:

- a) Sulfonilureas (primera, segunda y tercera generación)
- b) Biguanidas (Metformina, fenformin)
- c) Inhibidores de alfa glucosidasas (Acarbosa, miglitol)
- d) Tiazolidinedionas (Pioglitazona, rosiglitazona)
- e) Meglitinidas (Repanglinida, natenglinida)

Sin embargo, la gente concibe al medicamento como algo que les va a controlar en su totalidad, y esto es solo la primera parte puesto que además de los medicamentos está la práctica de ejercicio, pues en forma regular o entrenamiento de dicha actividad, inducen una gran variedad de adaptaciones metabólicas que coadyuvan al mejoramiento de la persona diabética.

Estas actividades físicas ayudan potencialmente a mejorar la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de la glucosa. Así como refleja en estudios realizados, en los que se comparan individuos entrenados contra individuos no entrenados comprueban estos efectos (Bastidas, García, Rincón y Panderó, 2001), es decir que personas con una rutina de ejercicios puede tener un nivel óptimo en sus niveles de glucosa que una persona sin rutina.

El ejercicio se debería considerar de primordial importancia en la prevención y el tratamiento de la DT2. Desafortunadamente, se menosprecia su utilidad debido a la ignorancia de su gran potencial.

Para el tratamiento farmacológico en el adulto mayor se plantean numerosos problemas, y muchas veces los fármacos interactúan de manera compleja. La morbilidad múltiple de los adultos mayores les obliga a consumir más medicamentos que a las personas más jóvenes, provocando mayor riesgo de sufrir reacciones adversas nocivas.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Otra de las complicaciones físicas que se tiene en la etapa del adulto mayor es la falla de memoria, agudeza visual disminuida y de las destrezas manuales, esto trae como consecuencia de la confusión originada por el uso de varios fármacos, frecuentemente el adulto mayor no cumple los regímenes farmacológicos y su administración.

La pérdida de la capacidad de reserva y la reducción del control homeostático, aumentan aún más la vulnerabilidad del adulto mayor a los fármacos, no así en el adulto joven, que, si bien no tiene enfermedades concomitantes como el adulto mayor, es más factible prescribirle monoterapia o combinación con otros fármacos sin tantas limitaciones (García, Torres y Ballesteros, 2006)

Para prevenir todos estos daños a la salud aparte de la actividad física, es necesario adoptar un estilo de vida saludable, explicaron los investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Boletín de prensa No. 591, que debe iniciarse desde la gestación (que la embarazada tenga una alimentación balanceada y acuda a su control prenatal), y continuar durante la infancia, adolescencia, vida adulta y vejez; y que tiene como base tres aspectos: una nutrición saludable, la práctica de ejercicio cotidiano y evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Además, señalan Montoya y Montes de Oca (2006), el factor edad influye, por lo general, en la disminución del estado de salud en la población en edad avanzada, es decir, conforme aumenta la edad, la probabilidad de padecer una enfermedad o de tener algún percance o accidente es mayor que en cualquier otro grupo de edad de la población.

Para la práctica de actividades físicas y evitar el sedentarismo, son recomendables las rutinas de ejercicio físico al menos por media hora diariamente; por ejemplo hacer caminata enérgica, trote, natación, bicicleta o gimnasia.

No obstante, señala Alpizar (2001), antes de iniciar un plan de actividad física se requiere una evaluación completa y cuidadosa del paciente, la cual estará a cargo del médico, con base en una historia clínica completa, encaminada a conocer el consumo de medicamentos, la dieta que lleva, el antecedente de haber

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

realizado actividad física, así como detectar las complicaciones de la Diabetes Mellitus 2 (DM2), con el apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete que sean indispensables (en el adulto mayor se recomienda solicitar prueba de esfuerzo) y la evaluación de la especialidad o especialidades que se requieran para determinar así la posibilidad de iniciar con el plan de actividad física sin riesgos.

Además, señala el mismo autor, que el plan alimentario es importante ya que principalmente, debe conocerse las múltiples alteraciones que afectan a la persona, tanto las propias del envejecimiento como las enfermedades crónicas y la falta de prótesis por la anodoncia parcial o total (falta de piezas dentales), que afectan la función de la nutrición.

Menciona, que el primer paso en el tratamiento de diabetes del adulto joven y adulto mayor debe ser la instauración de un régimen dietético, sobre todo si presentan sobrepeso. En muchos casos, la pérdida de peso mejora el control glucémico. La mejoría del control metabólico como consecuencia de la pérdida de peso, se debe principalmente a una reducción del patrón e insulinoresistencia.

Hay que subrayar el hecho de que la reducción de peso en pacientes mayores presenta grandes dificultades. Es difícil cambiar hábitos alimentarios que se han adquirido a lo largo de su vida. Razones económicas, sociales, culturales y religiosas también influyen considerablemente para seguir una dieta de forma adecuada. La complejidad que puede presentar un plan dietético correcto hace necesario la presencia de un dietista especializado; la ayuda familiar es fundamental e indispensable para facilitar el apego a la dieta.

El tratamiento odontológico se aconseja informar sobre la problemática real, comenta la forma adecuada para manejar aspectos de prevención a complicaciones y está limitado a actuar clínicamente sólo cuando la persona maneja cifras aceptables de glucosa en sangre. En caso contrario el tratamiento se expone a complicaciones innecesarias.

Las enfermedades principales que atiende son: caries dentales y periodontopatía. Zárate (1997) y Buendía, Fernández y Garza (1980) coinciden en que el trabajo del odontólogo también consiste en tratar: el saneamiento básico, aplicar flúor, reconstruir y extraer las piezas dentales, informar y capacitar acerca

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

de técnicas de cepillado, recomendar un plan alimentario y controlar la placa dentobacteriana.

En cuanto al área psicológica, investigaciones recientes (Jiménez y Dávila, 2007) apoyan la existencia de una relación entre diferentes factores psicológicos y la DM. El primero de ellos hace referencia al impacto psicológico de esta enfermedad en los afectados, habiéndose llegado a afirmar que los diabéticos presentan mayor prevalencia de ciertos trastornos psicológicos frente a la población normal, si bien el alcance de los estudios es relativo.

Otra de las asociaciones frecuentes entre este trastorno y los aspectos psicológicos ha sido la influencia de las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento para la diabetes. Una última necesidad de intervención son los problemas de adherencia al tratamiento que se presentan a cualquier edad, pero principalmente en adolescentes y jóvenes, que por diferentes motivos pueden llegar a reaccionar negando u ocultando su enfermedad exponiéndose a riesgos o accidentes graves.

Por lo tanto, la tarea de la Psicología en el tratamiento de la diabetes se caracteriza por la amplitud de los ámbitos de aplicación. Así, existen intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, para amortiguar o mejorar el impacto del diagnóstico y el afrontamiento de la enfermedad, para controlar los episodios hipoglucémicos y el autocontrol glucémico y, por último, para intervenir sobre los trastornos psicológicos que pueden acompañar a esta enfermedad (Jiménez y Dávila, 2007).

Capítulo 2

DIABETES TIPO 2

La Diabetes es una enfermedad sistémica, crónica–degenerativa, con grados variables de predisposición hereditaria, ya que en su desarrollo participan diferentes combinaciones de genes junto con factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Esto es la definición de la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes,

2. 1. Historia

Según los registros más antiguos, lo que hoy conocemos como diabetes mellitus (DM) fue también desde hace algunos miles de años un problema médico. Sin embargo, en esos registros es difícil distinguir si se habla de diabetes “insípida” o “mellitus” y, en este último caso, si se trata de la de inicio en la juventud o en la madurez.

Mucho del conocimiento sobre esta enfermedad no gozó de registro. Pero lo que se sabe acerca de los aspectos históricos de la misma, lejos de tener sólo interés anecdótico nos señala la importancia que ha tenido, su impacto en la ciencia y sobre todo, ayuda al humano a entender aspectos de sí mismo.

La diabetes hace su aparición con los vertebrados, pues tanto animales marinos como terrestres fueron víctimas de esta enfermedad (Aguilar, 1990). Pero los datos más antiguos de que se tiene registro acerca del conocimiento de esta patología, se encuentran en el papiro de Ebers, fechado en el noveno año del reinado de Amenofis I (aprox. 1535 a.C.). En éste se habla sobre la enfermedad caracterizada por la abundante excreción de orina, así como varios remedios y medidas para combatirla, figurando entre éstas las restricciones dietéticas.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Otros escritos antiguos encontrados pertenecen al año 600 a.C., atribuidos al hindú Susruta, donde se describe a la “enfermedad de la orina dulce”, distinguiéndose dos formas de ésta: una asociada a obesidad, inactividad y vida sibarita; y otra a emaciación. También Cornelio Celso (30 a. C. a 50 d. C.) describió la enfermedad, destacando en ella la poliuria y la emaciación que sufrían los diabéticos (Chiquete, Nuño y Panderó, 2001).

En el papiro de Ebers (1550 a.C.) menciona la poliuria, siendo ésta la primera reseña histórica con la que se cuenta. Los médicos hindúes, en el año 600 a.C., hablaban sobre la existencia de una enfermedad que produce sed, genera pérdida de peso y fuerza rápidamente, y notaron que la orina atraía a las hormigas por su sabor dulce (Figuerola, 2003).

Fue en el siglo II d. C. cuando Areteo nombró a esta enfermedad “Diabetes”, del griego *diabaínein*, que significa pasar a través, mientras que en China la conocían como la enfermedad de la sed (Aguilar, 1990).

Y el médico londinense Thomas Willis introdujo el término mellitus o semejante a la miel (Shils, Olson, Shike y Ross, 2002), en el siglo XI Avicena menciona algunas complicaciones como la gangrena, para 1686 fue demostrado el carácter hereditario de esta enfermedad por Morton y en 1796 Rollo habló de alguna complicación de esta enfermedad, de la catarata diabética (Aguilar, 1990). La glucosa en sangre fue determinada por primera vez en 1859 por Claude Bernard, siendo la hiperglucemia el signo fundamental de la diabetes (Farreras, 2003).

También indica que en 1869 fueron descubiertos los islotes pancreáticos por Langerhans, en 1899 Von Mering y Minkowski demostraron que el páncreas es un órgano de secreción interna al extirpárselo experimentalmente a un perro, provocando así la aparición de la diabetes en el animal. En ese momento surgió la prueba evidente de que en el páncreas existe una sustancia capaz de controlar el azúcar circulante, es decir, una hormona que impide el aumento de las concentraciones de glucosa en la sangre.

En 1909 se empezó a hablar de la insulina el cual, De Meyer lo sugirió para la hormona proteica generada por las células beta del páncreas insular (Aguilar,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

1990) en 1910, intentando significar que se trataba de la sustancia producida en los islotes de Langerhans y cuyo déficit se consideraba responsable de la diabetes, utilizó este término (Figuerola, 2003).

En 1921 Banting y Best extrajeron la primera fracción de insulina, la cual se utilizó en el tratamiento de la diabetes humana, siendo hasta 1956 cuando se obtuvo la fórmula completa por Frederick Sanger. En 1936 Hagedorn trabajó intensamente en su laboratorio hasta obtener las insulinas de acción retardada, mientras que Janbon y Loubatieres estudiaron la acción de las sulfamidas como sustancias reductoras de azúcar en la sangre. En Alemania en 1951 se iniciaron las pruebas clínicas, continuando en los Estados Unidos, y gracias a estos trabajos se consiguió el empleo de hipoglucemiantes orales en la medicina (Aguilar, 1990).

Gracias al trabajo de tantos investigadores, en diferentes partes del mundo, hoy es posible entender mejor a la diabetes en lo que respecta a su etiología, mecanismos fisiopatológicos y la aproximación diagnóstica y terapéutica. Con el impresionante desarrollo de la biología molecular en las últimas décadas, el panorama del conocimiento de la diabetes cambió radicalmente. Se ha logrado identificar los genes de proteínas que participan tanto en la secreción de insulina en respuesta a una concentración de glucosa plasmática, como en la vía de señalización intracelular para la acción de esta hormona.

Se ha reconocido que tanto la etiología de la DT1 como la de la DT2 es multifactorial, producto de la interacción de componentes genéticos y ambientales. Con la secuenciación y clonación del gen de la insulina fue posible la producción de la hormona de tipo recombinante, producida a partir del gen de insulina humana clonado en bacterias, esto bajó su costo de producción (pues era obtenida a partir del plasma de ganado porcino), eliminando además las reacciones de anafilaxia, ya que se trata de una proteína humana.

2. 2. Concepto

El término “diabetes” es un vocablo de origen griego (*dia*: a través; *betes*: pasar) que hace alusión a la excesiva excreción de orina que se asemeja a un sifón. Este concepto se le atribuye a Areteo de Capadocia (s. II d. C.), quien esbozó la sintomatología, naturaleza progresiva y el resultado fatal del padecimiento. Este personaje infería que la diabetes se trataba de “la fundición de la carne hacia la orina” –hizo notar la pérdida de peso que experimentaban algunos individuos-. Además, según parece también distinguió entre la diabetes de orina dulce (*mellitus*; vocablo latino que significa “de miel”) y la que no tenía tal sabor (*insipidus*). Chiquete y cols., (2001), coincidiendo con Durán, Bravo, Hernández y Becerra, (1997) que también el término diabetes y el término mellitus proviene del latín y significa “enmielado”; de tal modo que diabetes hace referencia a la excesiva emisión de orina por parte del paciente, como si el agua lo atravesara a grandes velocidades. Mellitus hace alusión a la cantidad de azúcar en la orina.

Según Farreras (2003), la Diabetes puede definirse como un trastorno crónico de base genética caracterizado por dos tipos de manifestaciones: a) un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina, y b) un síndrome vascular, que puede ser macroangiopático o microangiopático y que afecta todos los órganos, pero en particular el corazón, la circulación cerebral, los riñones y la retina.

La Diabetes es definida por Islas y Lifshitz (2005), como una enfermedad determinada genéticamente en la que la persona que padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasa y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta.

Otra definición de Diabetes es proporcionada por Murillo (1999) en el cual señala que es una enfermedad que afecta al metabolismo celular y a los sistemas enzimáticos que lo regulan, produciendo un disturbio en el balance endocrino que

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

gobierna el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de las grasas, desarrollándose a partir de una producción insuficiente de insulina.

2. 3. Clasificación

La clasificación que establece la NOM 015-SSA2-2010 es la siguiente:

Diabetes Gestacional

Diabetes Tipo 1

Diabetes Tipo 2

También la clasificación que presenta Alpízar (2001) tiene idéntica clasificación:

1. Diabetes Mellitus tipo 1. Se caracteriza por la destrucción de células β del páncreas, que suele llevar a deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados.
2. Diabetes Mellitus tipo 2. Se presenta en individuos que tiene resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o negativa. Aquí se concluye a poco más de 90% de todos los pacientes con DM2. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años y obesos.
3. Diabetes Gestacional. Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer después del parto, pero la probabilidad de desarrollar DM2 entre cinco y diez años después va de 30 a 60 %.

En la tabla 1, se muestran dos clasificaciones distintas, la primera que estuvo vigente desde 1979 y la actual, aprobada por la Asociación Americana de Diabetes y avalada por la Organización Mundial de la Salud en julio de 1997, la cual se utiliza en el Programa Institucional de Prevención y Control de la DM del Instituto Mexicano del Seguro Social.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Tabla 1.

Clasificaciones de la Diabetes Mellitus (Alpizar, 2001).

Clasificación de la Diabetes Mellitus	
Elaborada en 1979 No vigente	Elaborada en 1997 Vigente
Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID o tipo I).	Diabetes mellitus tipo 1 (DM1).
Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID o tipo II). a) Obesos b) No obesos	Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
Diabetes secundaria y de otros tipos.	Otros tipos específicos de diabetes.
Diabetes mellitus relacionada con malnutrición.	
Diabetes mellitus gestacional (DMG)	Diabetes mellitus gestacional (DMG).

Nota: Comparación entre clasificaciones de la diabetes.

Situar en un tipo de diabetes a una persona frecuentemente depende de las circunstancias que presenta en el momento del diagnóstico, ya que muchas de las personas diabéticas no encajan fácilmente en una sola clase. Por ejemplo, una persona con Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) podría continuar siendo hiperglucémica después del parto pudiendo determinarse DM2. Alternativamente, una persona quién adquiere la diabetes debido a las dosis grandes de esteroides exógenos puede volverse normoglucémico una vez que el glucocorticoide se discontinúa, puede desarrollar diabetes después de muchos años de episodios recurrentes de pancreatitis.

Otro ejemplo sería una persona tratada con tiazidas que desarrolla años después diabetes. Porque los tiazidas raramente son causa de hiperglucemia severa, tales individuos, probablemente tengan DT2 y se exagera por la droga. Así, para el médico y paciente, es menos importante etiquetar el tipo particular de diabetes que entender la patogénesis de la hiperglucemia y tratarlo eficazmente.

2. 4. Síntomas

Las personas con DT2 pueden presentar o no signos y síntomas característicos, ya que generalmente es asintomática; entre los que destacan son la poliuria y polidipsia intensas, pérdida de peso de manera rápida y sin razón aparente y cetoacidosis y cuando una persona con DT2 ya avanzado que no recibe el tratamiento adecuado, entrará en coma a los pocos días o semanas. Al principio de la enfermedad no existe síntoma alguno, es por eso que un gran número de pacientes son diagnosticados en la etapa previa a la aparición de síntomas, como resultado del hallazgo casual de glucosuria en un examen de rutina.

Lerman (1998) menciona sobre los síntomas menos frecuentes entre ellos, la irritabilidad, el vómito, el dolor abdominal, los calambres musculares y los hormigueos periféricos. En ocasiones también hay polifagia y visión borrosa.

Houston (1978) menciona que en muchos diabéticos de mayor edad al presentárseles la enfermedad lo hace junto a los síntomas de las complicaciones ya características de la DM2: oculares (cataratas, retinopatía), en los nervios periféricos (neuropatía), renales (síndrome nefrótico o nefropatía diabética) o vasculares (coronariopatía, claudicación intermitente y gangrena).

En las manifestaciones a nivel oral señala Murray (citado en Del Toro y cols., 2004) más frecuentes en personas con DM2 son las lesiones periodontales, la xerostomía, cicatrización prolongada, alteración del sentido del gusto, las infecciones candidiásicas y las caries. A nivel estomatológico la patología que se presenta frecuentemente es la enfermedad periodontal.

2. 5. Complicaciones

Estas enfermedades crónicas derivadas de la diabetes aparecen en los dos grandes grupos de ella (Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2). Comprometen principalmente los vasos sanguíneos y los nervios periféricos y en segundo plano los órganos irrigados o inervados por ellos. Algunas aparecen luego de varios años de instalación del síndrome hiperglucémico, aunque a una edad relativamente joven en los casos de DT1 (antes de los 40).

Mientras que en la DT2 lo hacen en etapas más tardías de la vida (por su edad de comienzo alrededor de los 60), aunque a veces pueden presentarse en el

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

momento del diagnóstico o después de pocos años debido a que dieron tiempo a que algunas alteraciones metabólicas que se cree previas a la hiperglucemia, pudieran actuar prolongadamente.

Los dos tipos de Diabetes son graves y están libres a su evolución espontánea, en algunos casos pueden llevar a la muerte (ateroesclerosis coronaria y cerebral, nefropatía diabética), y en otros casos, a la discapacidad (como retinopatía: la ceguera; pie diabético: las amputaciones) pero todas ellas, tratadas oportunamente y con las medidas adecuadas, pueden ser detenidas en su evolución o curar con restitución “ad integrum”. En este aspecto, el médico suele ser el primero en enfrentarlas y las puede detectar tempranamente y derivar al diabetólogo, nefrólogo, oftalmólogo, traumatólogo o cirujano (Villanueva, 2003).

Las complicaciones crónicas se clasifican en tres grandes tipos:

- Microangiopatía. (Lesiones en pequeños vasos)
- Macroangiopatía. (Lesiones en grandes vasos)
- Neuropatía. (Lesiones en sistema nervioso periférico)

Con el paso del tiempo, el paciente diabético está expuesto a numerosos problemas, que van a ser más graves si no tiene un control metabólico adecuado. Él deberá conocer cuáles son las complicaciones ligadas a su enfermedad, para así poder evitarlas. Mantener los valores de glucosa en sangre dentro de los valores deseables el mayor tiempo posible evita que estos problemas se desencadenen.

Las alteraciones de la vista son frecuentes en los pacientes diabéticos y, por tanto, se les debería recomendar la revisión de la vista una vez al año a partir de los 5 años de diagnóstico en la DM2 y cada año en la DM1. En estas revisiones, se suele realizar la determinación de la agudeza visual, medición de la presión ocular y un examen de fondo de ojo, con el fin de detectar a tiempo cataratas, glaucoma o retinopatía diabética. (www.fundaciondiabetes.com)

La hipertensión está, muchas veces, implicada en el desarrollo de la retinopatía diabética, que es la más grave de las afecciones oculares y que afecta, aproximadamente a un 22% de los pacientes con DM2 recién diagnosticados, ya

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

que puede originar, si no está controlada, ceguera, cataratas y el glaucoma. (www.fundacióndiabetes.com)

Además, como complicaciones ligadas a la diabetes también debemos destacar la nefropatía diabética, la neuropatía diabética y la hipertensión como anteriormente se mencionó, también vamos a encontrar la hipoglucemia, que es el descenso del azúcar por debajo de 60 mg/dl cuyos síntomas son sensación de mareo, sudación, palpitaciones, hormigueo alrededor de la boca, nerviosismo y sensación de hambre.

De una manera más detallada la hipoglucemia se produce cuando el paciente diabético se salta una comida, hace ejercicio intenso o toma una dosis excesiva de antidiabéticos. Al aparecer los primeros síntomas, se debe procurar la ingestión de hidratos de carbono simples, como azúcar, miel, galletas o zumos de frutas azucarados, para evitar la aparición de alteraciones graves.

Los síntomas suelen ceder a los 5-10 minutos, y después se debe ingerir alimentos que contengan hidratos de carbono complejos y vigilar las cifras de glucemia capilar. Si la hipoglucemia es grave y, si ya se ha presentado pérdida de conciencia, no se debe intentar la ingestión de alimentos o de líquidos, sino que es necesaria la inyección de una ampolla de glucagón por vía subcutánea. (www.fundacióndiabetes.com)

Otras de las complicaciones que señala Villanueva (2003) es el pie diabético, es el conjunto de lesiones tróficas distales de los miembros inferiores cuya aparición depende de la neuropatía y de la angiopatía. Las lesiones principales son: úlceras, supuraciones y gangrena. Las causas desencadenantes son los traumatismos y las infecciones pero las enfermedades predisponentes como la neuropatía y la macroangiopatía son las que permiten que las primeras puedan producir las alteraciones del síndrome.

Así pues, la enfermedad arterial periférica actúa a través de la isquemia que permite que ante la menor causa se produzca la necrosis tisular, que llegue menor cantidad de sangre o no lo haga, de manera que el flujo de leucocitos sea insuficiente o quede totalmente anulado. Por otra parte, hay una disminución significativa del potencial de proliferación celular para la reparación de tejidos

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

muertos. La pérdida de la sensibilidad no permite evitar el traumatismo permanente o intermitente del pie, que ante zonas isquémicas determinan la necrosis.

Alpízar (2001) destaca dos tipos de complicaciones; las agudas y las crónicas con ellas diferentes enfermedades.

1.- Las complicaciones agudas dan como resultado la hipoglucemia, que aparece particularmente cuando se tiene un control muy estricto de la glucemia, principalmente en individuos manejados con insulina exógena. Otro de las complicaciones que se da en este tipo es la cetoacidosis diabética sigue siendo una complicación aguda letal, con una mortalidad de 10–15%. Aproximadamente 50% de los casos son reversibles.

Muchos pacientes con DM1 debutan con cetoacidosis diabética. Por último está el Estado hiperosmolar no cetósico pues representa el estadio final de una descompensación metabólica grave en el paciente con DM2. A diferencia de la cetoacidosis diabética, en los casos puros existe ausencia de cetosis, y se caracteriza por elevaciones considerables de glucemia y por incremento en la osmolaridad plasmática.

2.- Las complicaciones crónicas dan como resultado, la aterosclerosis que es dos a tres veces más frecuente en la población diabética que en no diabética, 75% de las muertes se debe a este padecimiento. Pues los factores que aumentan el riesgo de enfermedad son el tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia. La siguiente complicación es la retinopatía que causa daño en los vasos sanguíneos de pequeño calibre en la retina, dando como resultado pérdida de la visión.

Otra complicación es la neuropatía que es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con diabetes, principalmente cuando presentan uremia y manifiestan enfermedad cardiovascular. Otra de las complicaciones es la neuropatía diabética, se refiere a las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico causadas por la diabetes, cuando no existen otras causas de neuropatía, y por último el pie diabético, pues es el sitio del organismo

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

en el que más se evidencia el efecto devastador de las complicaciones vasculares y neuropáticas.

Otro aspecto importante es la salud bucal, ya que dentro de la boca están los dientes y son nuestras herramientas para cortar, moler y masticar los alimentos que ingerimos a diario de lo contrario, no podrían comerse con facilidad, no obstante, teniendo en cuenta que la diabetes eleva la concentración de azúcar en la saliva cambiando su pH haciendo más vulnerables a los dientes ya que con ello, se origina la caries, pero no una caries común (caries en la parte superior del diente) sino que se va degenerando en la parte cervical del diente, es decir, a los lados del diente, pues es la parte que está en continuo contacto con la saliva.

Se menciona que los diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar afecciones estomatológicas que la población general y entre éstas, la enfermedad periodontal es la más frecuente. Esta complicación, cuando ocurre en el diabético, es mucho más severa y puede llevar a una mayor pérdida de dientes (Marchán y Seijo, 2002).

2. 6. Factores de riesgo

Alpizar (2001) señala que el enfoque de riesgo es un método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención a grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud, a definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud y mejorar la atención que se proporciona para aquellos que más la requieren.

Con base en algunos indicadores, se puede predecir cuantas personas enfermarán o morirán por Diabetes, pero no se puede saber con la misma seguridad, quienes sufrirán estos daños. Sin embargo, es posible comparar las características de aquellos que han enfermado, han tenido alguna complicación o han muerto, y así establecer las características que difieren de los sanos. A través de este enfoque, se estará en condiciones de identificar aquellos factores de riesgo que nos permitan actuar con anticipación y así disminuir los riesgos de población.

Los factores de riesgo para la DM se pueden clasificar en modificables y no modificables. Los factores modificables son los que más preocupan al médico en

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

su práctica diaria, ya que si se logra incidir en ellos, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien, se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares (Alpizar, 2001).

En la tabla 2 se mencionan los factores de riesgo de acuerdo a su clasificación (Alpizar, 2001).

Tabla 2.

Factores de riesgo para la Diabetes Mellitus tipo 2. (Alpizar, 2001).

Factores de riesgo para diabetes mellitus.	
No Modificables	Modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Ascendencia hispánica.* • Edad igual o mayor a 45 años. • Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos). • Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad. • Sobrepeso. • Sedentarismo. • Tabaquismo. • Manejo inadecuado del estrés. • Hábitos inadecuados de alimentación. • Estilo de vida contrario a la salud. • Índice de masa corporal ≥ 27 kg/m² en hombres y ≥ 25 kg/m². • Índice de cintura – cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres. • Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg. • Triglicéridos ≥ 150 mg/dl. • HDL de colesterol ≤ 35 mg/dl.

Nota: Múltiples factores que dan inicio a la diabetes. Los modificables que son factores que pueden ser prevenibles ante la enfermedad y los no modificables que presentan desde el nacimiento la enfermedad

Asimismo Carrillo (2001) resalta que uno de los factores de riesgo que puede presentar la persona es el patrón genético. La DM2 es una enfermedad de familia. La historia familiar muestra que pueden existir miembros que presentan esta enfermedad solamente y familias en las que sus miembros además de presentar DM2, presentan otro tipo de diabetes. Es así, que se pueden presentar pacientes con antecedentes familiares de DM2, DM2 más DM1, DM2 y Diabetes no dependiente de insulina de Inicio en el Joven Maduro (DIJM), esto es antes de 24 años, DM2 y Diabetes con Sordera Transmitido por vía Materna (DSTM).

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Para la mayoría de las familias no existe un modelo genético simple (forma monogénica) que explique el patrón de herencia. Sin embargo, estudios epidemiológicos de heredabilidad (que es determinada por los genes en relación al ambiente), sugieren una naturaleza multifactorial con umbral en donde participan factores genéticos y factores ambientales, cuya combinación tiene un límite o tolerancia para que se desarrolle la enfermedad (Carrillo, 2001).

A continuación se presentan algunos aspectos variables que hacen a la DM2 una enfermedad compleja, según Carrillo (2001).

- Forma clínica.
- Genotipo.
- Modo de herencia.
- Edad de inicio.
- Factores ambientales.
- Distribución geográfica.
- Patrones de secreción de insulina.
- Asociación con obesidad.
- Asociación con factores de riesgo cardiovasculares.
- Asociación con resistencia a la insulina.

2. 7. Factores de riesgo en el adulto mayor con diabetes

Las alteraciones de la circulación sanguínea y la disminución de la sensibilidad nerviosa en las extremidades inferiores son dos factores de riesgo que conducen a la presencia de complicaciones frecuentes en el adulto mayor diabético: los problemas de los pies. Se debe poner especial esmero en su cuidado para evitar la aparición de lesiones e infecciones que puedan conducir a la amputación de las extremidades.

Según el Comunicado de Prensa No. 300 recuperado de www.dgepi.salud.gob.mx, estima que 10 millones de personas con diabetes que existen en nuestro país, una cuarta parte de ellos tienen el riesgo de presentar una lesión crónica conocida como pie diabético, la cual de no atenderse de forma adecuada y oportuna puede traer complicaciones graves como la amputación.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Otro problema que puede presentarse en el adulto mayor diabético, es el desarrollo de caries y enfermedad periodontal, que eleva el riesgo de pérdida de piezas dentales, y en él se desencadenan con más frecuencia brotes agudos de periodontitis que, asociados a cambios involutivos que se producen en la pulpa, huesos maxilares, mucosa oral y glándulas salivares, a veces le hacen subsidiario de algún tipo de alimentación especial, adecuada a estas características. (www.fundacióndiabetes.com)

Un gran problema sobre esta enfermedad como ya se mencionó, es el tratamiento, puesto que diagnosticar y prescribir medicamentos es fácil, sin embargo esto no queda hasta aquí sino que hay factores que determinan a la persona para que no siga el tratamiento, es decir, factores como la educación, su condición socioeconómica, si cuenta con un cuidador, sus emociones que en un momento dado influirán mucho en él.

Además de que la Diabetes debiera ser fácilmente controlable pues lo esencial es cambiar el estilo de alimentación. El tratamiento para la Diabetes se diseña sobre una paradoja porque los recursos están al alcance de la persona y desde una perspectiva lógica, no existe justificación para que el enfermo no haga uso de ellos. El tratamiento para la Diabetes debe considerar esta paradoja porque, precisamente, la dificultad principal para el control de esta enfermedad reside en el aprovechamiento de los recursos que son asequibles al enfermo.

Cabe aclarar que al referirse a dieta, se debe entender como los alimentos que cada persona consume día con día durante largas temporadas, alimentos que son escogidos con base en sus condiciones económicas y en su gusto, de entre aquellos que están disponibles en su comunidad. Asimismo, la dieta no es plan alimentario restrictivo con comida y bebida desagradable para bajar de peso. De hecho, hay recetarios de cocina calculados para elaborar platillos apetitosos, económicos y de acuerdo con los gustos de la cocina mexicana, pero adecuados para las personas con diabetes. (Cardoso, 2006)

También es pertinente aclarar que por actividad física se entiende el movimiento y desplazamiento del cuerpo, sin que necesariamente sea el ejercicio

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

que requiere equipo o locales especializados y, mucho menos, el deporte competitivo.

Sin embargo, la persona tiene sus estilos de vida, que son pautas de pensamiento y conducta los cuales son difíciles de modificar porque son producto de las enseñanzas culturales en las que fue formada, por tanto, permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento. Dicho en palabras de Durkheim (1982) en cada uno de nosotros y en proporciones variables, está el hombre de ayer; es el hombre de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado.

Capítulo 3

ADULTO MAYOR

3. 1. Concepto

La vejez o cualidad de viejo supone una construcción social. El envejecimiento trae consigo sus propios problemas, entre otros, de soledad, comprensión, rechazo y miedo. La problemática del envejecimiento tiene un componente simbólico. Y con respecto, en la edad no es un simple dato natural, inmediato y accesible a la conciencia universal señala Lenoir (citado en Castillo y Vela, 2005)

El análisis del envejecimiento se debe tener en cuenta en las relaciones de fuerza entre las generaciones y entre las clases sociales y las representaciones dominantes de prácticas legítimas asociadas a la definición de una edad. En otras palabras, la vejez, no es más que la juventud, tampoco es una especie de propiedad sustancial que llega con la edad. Asimismo, Patiño (2002), señala que si se hace una breve revisión de las denominaciones utilizadas para aludir a la vejez, al envejecimiento, a las instituciones y programas relacionados con las personas viejas, se encuentra una sucesión de palabras maquilladas: “tercera edad”, “años dorados”, “años felices”, “edad de la sabiduría” “segunda juventud”, denominación esta última, que implicaría varios problemas: por una parte, privilegia la juventud como etapa por excelencia, y por otra, supone una concepción circular del ciclo vital según la cual la involución asociada con la vejez sigue indefectiblemente el proceso inverso al del crecimiento y el desarrollo durante la infancia y la niñez.

La revisión conceptual permite reenfocar la cuestión de la vejez en una dimensión más precisa y manejar diferentes indicadores que matizan las referencias burdas que hasta hace poco tiempo ha formado parte del lenguaje común. De hecho, con el término de “viejo” o de las palabras que se consideran sinónimas (anciano, senil, longevo, etc.) se hace referencia a un periodo de la vida del ser humano muy amplio y variante, que puede abarcar más de 40 años de la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

vida del ser humano. Por ello, un estudio científico de la tercera edad debe iniciar por redefinir las diversas manifestaciones de lo que hasta ahora se ha llamado simplistamente “vejez” (Zetina, 1999).

A menudo se designa a las personas mayores utilizando una referencia, un tanto convencional, de edad cronológica dentro de una población dada. Incluso, al anciano suele “etiquetársele” como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva (Zetina, 1999).

Generalmente, en la misma perspectiva, a la vejez se le percibe como edad de deterioro y no de crecimiento y desarrollo. Todo su entorno y su medio ambiente parecen querer enfatizar esta apreciación. El viejo es un ser, por definición común, decadente. La misma aceptación de sentirse acabado genera, sin duda, un proceso que destruye las capacidades de un desarrollo psicosocial propio en varios sentidos.

En diccionarios de la lengua española, generalmente no existe una clara distinción entre los diversos términos utilizados comúnmente en la expresión castellana. He aquí algunas definiciones del Diccionario de la Real Academia Española (2001):

Viejo, ja. (Del lat. vulg. *vēclus*, y este del lat. *vetūlus*). adj. Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años.

Anciano. (Del lat. **antiānus*, de ante). adj. Dicho de una persona: De mucha edad.

Senectud. Período de la vida humana que sigue a la madurez.

longevo, va. (Del lat. *longaevus*, de larga vida). adj. Muy anciano o de larga edad.

Se manejan como palabras un tanto sinónimas las expresiones de viejo, anciano, senecto, longevo.

La mayor parte de las clasificaciones (ver tabla 3) acerca de las etapas de la vida humana y el inicio de la vejez están referidas a la edad cronológica un tanto rígida. De hecho, la mayoría de los autores dan a los términos significaciones convencionales y contradictorias entre sí, señalando para cada acepción una edad cronológica específica.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Tabla 3.

Clasificación de la vejez. (Zetina, 1999)

Términos para caracterizar la vejez		
Autor y/o institución	Grupo de edad	Concepto
Brocklehorst, 1974	60 – 74	Senil
	75 – 89	Ancianidad
	90 y más	Longevidad
De Incola, 1979	45 – 50	Presenil
	50 – 72	Senectud gradual
	72 – 89	Vejez declarada
	90 y más	Grandes viejos
Sociedad de Geriatria y Gerontológico de México	45 – 59	Prevejez
	60 – 79	Senectud
	80 y más	Ancianidad
Stieglitz, 1964	40 – 60	Madurez Avanzada
	61 – 75	Senectud
	76 y más	Senil

Nota: Diferentes conceptos de adulto mayor con rangos de edad que definen algunos autores o instituciones.

3. 2. Enfoques sobre el adulto mayor

Los enfoques que se presentan son estudios disciplinarios y tenemos todavía una diversidad de concepciones, según se trate de las diferentes ramas del conocimiento. A continuación se presenta la variedad de enfoques sobre el adulto mayor, a través de las distintas disciplinas que presenta Zetina (1999).

3. 2. 1. Enfoque biológico

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se puede definir como el proceso que está asociado generalmente a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, y que lleva, más tarde o más temprano, a la muerte.

En especial, en el enfoque biológico se habla de que existe una necesaria declinación de las funciones desde la aparición de la vejez. Se identifica precisamente el envejecimiento con el deterioro orgánico y celular.

Así, se menciona el proceso llamado “envejecimiento primario”. Éste, aparentemente, está basado en las raíces de la herencia. Hay cambios inevitables

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

en detrimento de la persona relacionados con el tiempo, independientemente del estrés, de los traumas o de las enfermedades. Sin embargo, hay varios procesos del envejecimiento que no están presentes en todas las personas y que avanzan a ritmos deferentes, dependiendo de su estilo de vida. En cambio, el “envejecimiento secundario” está referido a la falta de capacidades, como resultado de traumas y enfermedades.

Afirman los biólogos que en las primeras etapas de la vida de un organismo viviente puede establecerse con mayor facilidad una correspondencia estrecha entre algunos acontecimientos biológicos y la edad cronológica; sin embargo, la cronología de los acontecimientos es menos predecible cuanto mayor esté avanzada la vida del sujeto. Así, es más imprecisa la edad en que se inicia la menopausia en la mujer que en la que empieza su menarquía. Esto es debido a los múltiples factores de tipo biopsicosocial de este fenómeno.

Desde una perspectiva biológica propiamente dicha, que hay algunos factores más determinantes de la vejez de las personas que otros, entre los cuales está el factor genético: así lo señala Burnet (citado en Zetina, 1999) que la diversidad genética del hombre está más en relación que ningún otro factor con las manifestaciones del envejecimiento, de la duración de la vida y de la patología de la muerte.

3. 2. 2. Enfoque demográfico

Éste nos obliga a una definición de la vejez en términos de grupos de edad, lo que lleva a identificar los márgenes de las cohortes de edad comprendida, comenzando porque inician el conjunto de personas de la llamada tercera edad, pero también de lo que podría considerarse el umbral de entrada a esa edad, a partir de los años últimos de la adultez y primeros de la vejez.

En México, la transición demográfica está caracterizada por un incremento brusco y acelerado de la población longeva, lo que provoca una serie de ajustes sociales, los cuales no se han dado a la misma velocidad de los cambios en la estructura de la población. Esto ha producido una problemática y un desafío tanto para el sistema económico y familiar como para las prestaciones de servicios médicos y sociales.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

3. 2. 3. Enfoque socioeconómico

La identificación de grupos etéreos comprendidos convencionalmente en la vejez va unida al análisis de lo que se considera población económicamente activa: el viejo se identifica con la población que se encuentra en “retiro” de su trabajo. Sin embargo, esto no puede ser exacto desde el punto de vista de una realidad como la de nuestro país, en el que sólo una proporción baja de personas de la tercera edad es formalmente jubilada.

La mayoría, de hecho, tiene que seguir trabajando para poder subsistir. En la actualidad, en México, en lo relativo al empleo, en el Boletín No. 23/2010 del Consejo Nacional de Población, se presupone que los adultos mayores ya no forman parte de la población económicamente activa (PEA). Sin embargo, los datos muestran que una parte importante de la población de 65 años y más aún trabaja (27.7%), aportando recursos económicos a la economía doméstica y a nivel macroeconómico.

De los adultos mayores que trabajan, 58 por ciento son trabajadores por cuenta propia y sólo el 28.8 por ciento son trabajadores subordinados remunerados. Se emplean principalmente en el sector agropecuario (32.2%), en el sector servicios (28.3%) y el comercio (24.5%), el resto, en el sector secundario: industria manufacturera (8.9%) y construcción (5.1%).

Es importante mencionar los aspectos relacionados con la situación económica de los adultos mayores, puesto que el volumen de sus ingresos influyen en su posición social y, por lo tanto, en su salud, en la propiedad y mantenimiento de su vivienda e, incluso, en la continuidad de sus relaciones sociales. Los ingresos adecuados a las necesidades de cada persona pueden permitir a los ancianos sentirse bien y mantener alta su propia estima. Cabirol (citado en Zetina, 1999)

3. 2. 4. Enfoque sociocultural (sociológico y antropológico)

Este enfoque sostiene que la posición social de los viejos está en relación inversa a la proporción de personas ancianas en la población. Es decir, que las personas mayores adquieren mayor relevancia por ser escasas en número y que este valor disminuye cuando su número es mayor. Esto sucedía en las sociedades antiguas,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

en las que el promedio de vida era menor al actual. En México aún prevalece esta postura en las zonas indígenas, dado que quienes alcanzan una edad mayor tienen un doble mérito de experiencia y de capacidad de superación a toda una serie de enfermedades (Zetina, 1999).

3. 2. 5. Enfoque sociofamiliar

Este enfoque para Zetina (1999), presenta la conceptualización de la tipología familiar y de los ciclos vitales de la familia:

- a) En el modelo de “*familia tradicional consanguínea*” existe una vinculación intergeneracional. La persona que llega a la vejez cuenta con todos los miembros que forman el grupo consanguíneo, ya sea por una vinculación directa intradoméstico o por una indirecta extradoméstica. En los dos casos, hay una implicación vital de las relaciones familiares para el anciano, dándole a éste buena parte de su sentido de vida.

Paradójicamente, la migración es otro factor que contribuye a la permanencia de este modelo: las zonas metropolitanas atraen a una población trabajadora, pero una vez que el inmigrante individual logra ubicarse dentro del mercado de trabajo y de la urbe, reconstruye su propia unidad doméstica y después se convierte en foco de reubicación de los demás miembros de la familia consanguínea, incluyendo a los ancianos. Es así como la familia se constituye también para ellos en una unidad de mediación y de asimilación al medio urbano.

- b) A su vez, en el “*modelo de familia nuclear*”, basado en la relación de pareja, donde los hijos se separan al llegar a determinada edad en especial cuando conforman otra familia, el anciano no tiene un lugar preferente. Una vez casados, los hijos suelen abandonar a sus padres. Prevalecen los valores de autonomía que ellos mismos transmitieron. Por ello, se considera natural que los viejos vivan solos incluso en la viudez o con algún hermano soltero o separado de su pareja que viva por su cuenta. Es posible que se pueda presentar la inseguridad y el sentimiento de estar desprovistos del apoyo familiar.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

La familia nuclear tiene la ventaja de adquirir autonomía y libertad, pero experimenta la desventaja de aislamiento y la atomización, sobre todo en el contexto urbano. Esto hace que las unidades domésticas se separen de las demás generaciones, lo que incide directamente en la población de la tercera edad, a menos que se recupere el sentido de la familia consanguínea, pero con los problemas de una ambivalente presencia de los parientes mayores (el abuelo o la abuela – suegros) en el seno de las familias propiamente nucleares, pero obligadas a convertirse en “nucleares extendidas”. (Zetina, 1999).

Por otra parte, igual que en el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas, Asimismo el INEGI reporta que aunque en México es todavía un país de jóvenes (uno de cada tres habitantes es menor de 15 años), se aprecia una disminución en la proporción de niños y adolescentes, y un aumento paulatino de la población de 60 años y más.

Ésta ha pasado de 6.2 en 1990 a 8.3% en 2005. Además de señalar que entre las entidades con mayor proporción de adultos mayores están el Distrito Federal con (10.2%), Zacatecas y Oaxaca (9.9%), Nayarit (9.7%), y Veracruz de Ignacio de la Llave y Michoacán de Ocampo (9.6%). En sus proyecciones, en el Boletín No. 23/2010, la CONAPO estima que la esperanza de vida ha aumentado alrededor de 15 años en un período de cuatro décadas (en 1970 era de 60.6 años, y en 2010 es de 75.4 años) y se espera un incremento adicional cercano a siete años para 2050, hasta alcanzar 82 años.

Actualmente, el segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7% del total de la población mexicana. Se espera que alrededor de 2020, la población de adultos mayores haya llegado a su máxima tasa de crecimiento 4.2%, con 14 millones de individuos, lo cual representaría a 12.1% de la población. A partir de ese año, el ritmo de su crecimiento comenzaría a disminuir hasta experimentar un crecimiento negativo en 2050 de -1.58%.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Respecto a la proporción de adultos mayores por segmento de edad, CONAPO señala que en 2010, 32% tiene entre 60 y 64 años, 42.1% entre 65 y 79 años, 12% se encuentra entre los 80 y 84 años y 13.9% tiene 85 años o más.

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos. Se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las cuales no se eximen las funciones cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales. El estudio de estos cambios es de particular relevancia, dado el aumento del número de personas mayores de 65 años, es cada vez necesario estudiar los procesos de envejecimiento para lograr prevenir, aliviar y aletargar los problemas propios de ese estadio ontogenético.

Se considera como adultos mayores a personas que se encuentren a partir del quinquenio de 60 a 65 años de edad ya que así se establece en el INAPAM ya que durante más de dos décadas, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más.

Esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Sin embargo, las necesidades de nuestra Gente Grande fueron cada vez mayores por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPIEN).

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años y más de edad, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

3. 3. Desarrollo humano integral en el adulto mayor

Es importante hacer una descripción holística de los cambios en el adulto mayor ya que nos da una percepción de su imagen además de comprender su estilo de vida.

3. 3. 1. Capacidad física

Las alteraciones en los rasgos físicos durante el envejecimiento se deben, por lo general, a cambios en los tejidos conjuntivos. Los tejidos del parénquima se deterioran más rápidamente en comparación con los tejidos de sostén (fibras colágenas). El adelgazamiento y la fragmentación de las fibras elásticas son la causa de muchos cambios evidentes en la piel de los ancianos.

Señala González (2000), que la piel es nuestro primer contacto con el exterior, es a través de ella que nos expresamos y que tenemos una idea de nosotros mismos. En nuestra historia personal, la piel tiene una función principal a partir del nacimiento, porque es a través de ella que percibimos el contacto materno (caricias, abrazos, etc.), es nuestro primer lazo afectivo con el otro.

La piel tiene dos partes, la epidermis y la dermis; siendo la primera superficial, a este nivel día a día las células se dividen, crecen, envejecen y se renuevan. Con la edad las divisiones celulares se dan más lentamente y la piel no deshecha tan fácilmente las células muertas.

En cuanto a la dermis, posee las glándulas sudoríparas, con las raíces del vello (glándulas sebáceas), la vascularización capilar es sumamente rica, siendo los capilares los que hidratan la piel al filtrar los elementos nutritivos, trabajando conjuntamente con las glándulas sebáceas y sudoríparas. Con la edad se ha visto que los capilares disminuyen su función y la secreción de las glándulas sudoríparas. En cuanto a las sebáceas, desaparecen progresivamente con la caída del vello. Todas estas condiciones reunidas, hacen que la piel se reseque, se descame y pierda elasticidad.

Las arrugas. Se marcan más en el rostro y en el dorso de la mano por ser ambos, las regiones más expuestas al exterior. Estas arrugas aparecen al principio por una pérdida de elasticidad y de hidratación, lo que con los movimientos frecuentes de expresión traen lo que se conoce como “pata de gallo”,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

“líneas de expresión”, etc. En cuanto a las manos lo que se observa frecuentemente son las llamadas “manchas de edad”.

En tanto el vello y cabello son las siguientes, tendiendo a desaparecer el vello, como en las axilas y pubis; los cabellos se rarifican (aunque la calvicie se manifiesta normalmente antes de los 50 años), se convierten en reacios, crecen más lentamente y las canas aparecen. Aunque esto último varía con la edad.

Con respecto a las mucosas; la boca y los órganos genitales producen menos secreciones, siendo la mujer la que más resiente la resequedad genital, y en el hombre la modificación capilar repercute en un estado de flacidez del pene.

En cuanto al rostro; la piel que lo recubre, cubre a su vez numerosos músculos que se contraen por la expresión, siguiendo la piel todos estos movimientos musculares, mientras se mantiene elástica. Después no sólo aparecen las arrugas, sino que al ser menos flexibles, sigue más difícilmente los movimientos, y cómo éstos tienden a decrecer, el rostro se vuelve menos expresivo, los párpados se pliegan, la mirada es menos brillante, pero más aguda.

Esto no se debe al decremento de la actividad muscular, sino a la disminución de razones de expresión. Dicho de otra forma, el envejecimiento de la piel no es un factor determinante del envejecimiento del rostro, sino que éste dependerá en mucho, de la actitud mental.

Sobre su marcha, ya no camina con desenvoltura como lo hacía antes, le cuesta desplazarse, asimismo el adulto mayor tiene la sensación de que sus piernas están congeladas, señala Escobar (2009), que la marcha tiende a ser dolorosa y en la medida que el sujeto camina la marcha se le facilita y, usualmente, el dolor tiende a disminuir, aunque no desaparece del todo, por otro lado tampoco pueden mantenerse de pie por mucho tiempo, pues les ocasiona dolores en las piernas.

3. 3. 2. Capacidad intelectual

Las funciones cognitivas tiende a disminuir con el paso de la edad. La definición de cómo evoluciona la inteligencia a lo largo de la vida es un tema muy complicado y, hasta el momento, sin respuesta adecuada. Investigaciones

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

recientes nos muestran que posiblemente la inteligencia no decline, si se la mide con escalas que contengan preguntas apropiadas a las características de la vejez.

Si bien el vocabulario se incrementa a lo largo de todo el ciclo de la vida, las personas ancianas muestran una disminución en la capacidad de adquirir y retener nuevos hechos y realizar tareas novedosas para ellos. Estas deficiencias pueden aminorarse dentro de un ambiente que permita la repetición, la manipulación y la oportunidad de múltiples ensayos, y en el cual no importe mucho el factor tiempo.

García, Torres y Ballesteros (2006), mencionan que según distintos estudios, a partir de los 30 años se inicia un declive en las funciones intelectuales, que se acelera a partir de los 60 – 65 años. A nivel de la inteligencia parece que en principio, no se produce una disminución de la eficacia intelectual, aunque sí puede existir una reducción de la eficiencia que se constata especialmente en una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevos, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la intuición.

El factor tiempo, referido a la inmediatez, condiciona mucho la capacidad de respuesta, ya que faltan rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento; sin limitación de tiempo, la capacidad de resolución de problemas disminuye poco.

Las tareas de lenguaje, que se suelen incluir en la medición de la inteligencia y abarcan la información, el vocabulario y la expresión verbal y no verbal, pueden no estar alteradas, pero si sufrir modificaciones según el estado mental en que se encuentre el anciano, influyendo en la capacidad de comunicación y, por tanto, de relación con los demás.

La afectación más generalizada de las capacidades intelectuales en el anciano es la memoria. La evocación de los hechos pasados no es difícil; sin embargo, si lo es la retención de sucesos recientes.

Señala González (2000) que al envejecer nos volvemos más susceptibles a la mirada del otro, se desarrolla un nuevo concepto de sí mismo que puede convertirse en el sólo pensar en sí, cayendo en el egoísmo o egocentrismo, por lo que los contactos sociales se vuelven difíciles; no hay interés por los otros, sólo

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

por sí mismo, lo que lleva a que el individuo se repliegue, incrementándose a veces el mal humor.

3. 3. 3. Social

Las edades aceptadas socialmente reflejan los papeles que la sociedad asigna a las personas según su edad. La “edad social” puede ser un auténtico grado de desarrollo o, simplemente, un “status” impuesto por un grupo social.

El envejecimiento suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy amplios parece existir una restricción en los espacios sociales para viejos es decir, así como una disminución en la posibilidad de asociarse a otros. La reducción de espacios consiste en la escasa posibilidad de convivir con personas de la misma edad, esto es por la muerte de alguno de sus amistades y parientes.

La consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de productividad en la sociedad. Al anciano no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como elemento improductivo del grupo al que pertenece.

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia comunidad. Asimismo, abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios.

Cada etapa del desarrollo individual tiene su importancia, y el planteamiento debe favorecer el crecimiento del hombre en toda su extensión. El desarrollo del papel del anciano estará sujeto a unas premisas fundamentales, no experimentadas de la misma forma por todos los individuos, ni con la misma aparición temporal. Estas premisas están íntimamente ligadas a la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento; por tanto, el ser consciente de las limitaciones a todo nivel permitirá al anciano establecer planes de vida satisfactorios (García, Torres y Ballesteros, 2006).

Asimismo, Las condiciones sociales inciden importantemente en cómo concebimos a la vejez, pero también en cómo se vive. Castell (citado en Robles,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

2006) argumenta como antes, el ciclo vital del individuo estaba determinado y ordenado por los ritmos de la naturaleza; ahora, dicho ritmo se alteró porque los desarrollos organizativos, tecnológicos y culturales de la nueva sociedad en la era de la información debilitaron este ciclo vital, pero aún no es reemplazado por una secuencia alternativa de ciclo vital. La etapa de la vejez, se está redefiniendo al ciclo de vida en su conjunto; diversos fenómenos dan cuenta de ello.

No obstante, se puede percibir a la vejez como una oportunidad para realizar actividades que nunca tuvo tiempo de hacerlas y liberación de responsabilidades (manutención de la familia, etc.), y por otra parte, por la marginación que se le da y la falta de propósitos en sus vidas (por la apatía de sus familiares hacia con él), es decir, hay una constante reminiscencia a ver la vejez como un logro, pero al mismo tiempo de construirla como una situación adversa. Es por ello que el desarrollo social del individuo queda marginado ante tales ideas que son introyectadas por la sociedad y que empiezan a tener una vida sin sentido, sin trayectoria y solamente pensar en sobrevivir ante un mundo que pisa a los débiles, a los inservibles. Y ante una familia que ya no estaría dispuesta a mantenerlo.

La forma de entender mejor a la vejez es concebirlo como una experiencia, es decir ésta se convierte en la razón de ser del sujeto; habría que centrarse en la relación del viejo con el tiempo, el espacio, el yo y la condiciones de su realización, asimismo incluir sus significados, sentimientos, deseos, sufrimientos, trascendencia.

Indagar sobre la experiencia de envejecer y ser un adulto mayor nos provee de herramientas para explicar cómo los adultos mayores negocian en su vida cotidiana la paradoja de la dependencia y la independencia; de comprender cómo se vive el ser valorado como un adulto mayor exitoso y dependiente al mismo tiempo; de identificar cuáles elementos de la vida cotidiana se negocian, bajo cuáles circunstancias y con respecto a cuales estándares sociales; de analizar cómo se vive la vejez en una sociedad pensada para individuos independientes y autónomos sin necesidades especiales o en una cultura proclive a la juventud, para lo cual la experiencia constituye una vía analítica invaluable (Robles, 2006).

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Analizar la experiencia es comprender no sólo la idiosincrasia de esa persona particular como adulto mayor, sino sobre todo acceder analíticamente a la tipicidad de ser un viejo y envejecer en este mundo moderno.

Capítulo 4

DESARROLLO EMOCIONAL

4. 1. El concepto de emoción

El origen etimológico de la palabra nos aclara muchas cosas, puesto que al buscar la palabra emoción o emotivo, lo primero que sorprende es que nos envíe a buscar los términos bajo la entrada mover y, cuando vamos allá, se encuentra los términos acompañados de palabras como moción, motor, motivo. Es decir, son nuestro motivo, motor, lo que nos pone en movimiento, lo que nos mueve, lo que nos impulsa a la acción cada vez que tenemos dificultades en la vida (Bartolomé, 2006).

Sin embargo, sucede que a veces las emociones son tan intensas que, por así decirlo, “se pasan de la raya”: brotan con tal intensidad que en lugar de impulsarnos a resolver problemas hacen lo contrario: nos paralizan en la dificultad o, peor aún, nos acarrearán más problemas de los que ya teníamos.

Las emociones no vienen de la nada: son el resultado de cambios, a veces bruscos y a veces sutiles, en nuestro modo de organizar la experiencia del mundo y en nuestras formas de enfrentarnos a la realidad. Es decir, son resultados de cambios de pensamientos y de cambios de comportamiento observable.

Señalan que C. E. Izard, (citado en Medrano, Arredondo, Díaz y Ruíz, 2006), en la década de 1970 postuló en su libro “Human Emotions” que según él existían diez emociones básicas y que estas emociones básicas podían combinarse unas con otras para producir las distintas variaciones conductuales entre todos los individuos. Estas diez emociones se distinguen entre sí no sólo por sus manifestaciones corporales sino también a nivel psicofisiológico y neurobiológico y son las siguientes:

1. enojo, 2. gusto, 3. disgusto, 4. miedo, 5. culpa, 6. interés, 7. gozo, 8. tristeza o tensión, 9. vergüenza y 10. sorpresa.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Hay una gran cantidad de formas y rituales que tienen por objeto funcional despertar las emociones de los individuos y asegurarse que se manifiesten en un nivel social. Debido a que el acercamiento cotidiano entre individuos, aún cuando sea en un plan completamente funcional, crea una tensión emocional, que se impone y manifiesta a veces invalidando la situación social; y es que aun cuando el individuo posee una conciencia clara en sus conversaciones cotidianas deja entrever sus experiencias emocionales, sus preferencias, problemas, etc (González, 2000).

Así pues, las emociones se desencadenan después de un proceso evaluador del contenido mental, es decir, la emoción se activa al pensar la información, o interpretarla y darle un significado. La información primaria y más influyente es la sensación, que despierta al organismo, lo activa ante la realidad que lo rodea. De esta forma la emoción primaria emerge de la relación básica sensación/pensamiento.

Señala González (2000), que la gama de emociones se matizan cuatro; generalmente concebidas como fundamentales: alegría, tristeza, miedo y cólera. La dimensión de la duración de la experiencia emocional es muy importante para distinguir entre emoción y humor, y según lo que se investigó el miedo dura de algunos segundos a una hora, la cólera dura de algunos minutos a algunas horas, parecería que es una emoción transitoria. La alegría de una hora a un día máximo y la tristeza dura de uno a varios días, pareciendo que la duración de la emoción dependerá del grado de centralización del interés y de su propia significación.

Señala también, que en la descripción de los eventos de la emoción se han distinguido el lenguaje informativo y el interactivo, y para las reacciones de dicho evento se han dado tres categorías:

- ❖ No hay verbalización.
- ❖ Exclamaciones.
- ❖ Frases largas o elementos de discusión.

Pareciendo que las emociones más verbales son la alegría y la cólera. En cuanto a las variaciones psicológicas de los sujetos, se observan tres categorías:

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- ❖ Sensaciones psicológicas generales (estados de activación o de espera agradable o desagradable).
- ❖ Síntomas de origen vegetativo (cambios de temperatura, transpiración, etc.)
- ❖ Síntomas de origen muscular.

Convencionalmente la satisfacción hace referencia al cumplimiento de necesidades, ansias, expectativas y deseos; la satisfacción vital es más un balance del conjunto de las condiciones de existencia, resultado de una confrontación entre las aspiraciones y los logros efectivamente alcanzados. Para Neugarten (citado en Salvarezza 1998), la satisfacción vital es el grado en el cual un viejo:

1. siente placer en cualquier actividad que realiza en su vida cotidiana;
2. observa su vida con una mirada crítica y acepta su responsabilidad por lo que fue en el pasado;
3. siente que ha tenido éxito en haber alcanzado las metas más importantes de su vida;
4. posee una autoimagen positiva y se observa a sí mismo como una persona de valor pese a sus actuales debilidades; y / o
5. mantiene actitudes optimistas y de buen humor.

4. 2. Autopercepción

Cuando un individuo llega a viejo, su imaginario con respecto a los viejos temas relacionados con la vejez estará constituido por un “efecto cascada” producto de la asunción de determinadas conductas resultantes de la configuración de su estructura de personalidad previa.

Hay tres operadores psíquicos del envejecimiento: a) duelo del sí mismo, b) reducción del ideal de sí mismo, c) el debilitamiento del soporte corporal narcisista. En cuanto al duelo del sí mismo va muy de la mano con el debilitamiento del soporte corporal narcisista, pues querámoslo o no el paso del tiempo deja huellas en nuestro organismo, vernos envejecidos y saber que no alcanzaremos nuestro ideal corporal, influye para que nos sintamos disminuidos y en ocasiones hasta resentidos, sobre todo siendo conscientes de que el tiempo transcurrido ya no podrá recuperarse.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Para ello habrá que tener en cuenta: (a) el haber compartido durante toda su vida una actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia los viejos –viejismo- lo cual aparece ahora con la característica de las “profecías autocumplidas”, es decir, que de discriminador pasa a convertirse en discriminado y, lo que es peor, a aceptar esto como inevitable e irreparable. Queda atrapado así como víctima de sus propios prejuicios. Al mismo tiempo (b) esto le habrá imposibilitado el colocarse en el lugar del “otro”, del viejo que él mismo va a ser, y lo llevará a desconocer la realidad de la vejez (Salvarezza, 1998)

Uno de los resultados más visibles y perjudiciales de este desconocimiento será (c) que lo hará caer en una confusión entre vejez y enfermedad, lo que lo llevará a atribuir permanentemente los síntomas de esta última a los efectos del propio proceso de su envejecimiento. A esto se agrega (d) el hecho de que los viejos que vemos actualmente han crecido contemporáneamente al desarrollo de los conocimientos que la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología han tenido en este siglo y, por lo tanto, también han participado de las resistencias que los mismos han provocado, que en gran parte de ellos han quedado ancladas como una expresión de las “resistencias al cambio”.

Es ampliamente conocida y difundida la respuesta que generalmente dan a los viejos cuando se les propone que consulten a un psiquiatra por alguno de sus síntomas emocionales: “-¡No... yo no estoy loco!”, y ésta es una de las razones por las cuales (e) los viejos muestran una marcada tendencia a consultar por el cuerpo, desconociendo la importancia de los factores emocionales que están involucrados en sus dolencias (Salvarezza, 1998).

Por otro lado, en el aspecto de la percepción de la imagen corporal en los ancianos, los resultados obtenidos en una investigación: Thompson (citado en Salvarezza, 1998), llega a la conclusión de que las personas de edad avanzada se perciben menos adecuadamente en lo referente al aspecto físico que las personas de edades más jóvenes. Por el contrario Back y Gergen (citado en Salvarezza, 1998), sostienen la hipótesis de que en las personas mayores se producen mayores preocupaciones somáticas no solamente es falsa, sino que incluso invierte la realidad.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Asimismo Cáliz (citado en Salvarezza, 1998), tomando en cuenta la hipótesis de Back y Gergen, hizo una revisión sobre otras distintas investigaciones, concluyendo que los resultados ofrecidos son claramente contradictorios entre sí en lo relativo a la preocupación por la apariencia física que pueden tener las personas ancianas.

Este autor mantiene también la opinión de que esta preocupación por el aspecto físico no es función de la edad per se, sino que obedece más bien a algunas circunstancias especiales de la vida. Así, por ejemplo, lo que parece más consensuado es que el estado de salud (presencia o no de enfermedades incapacitantes) ejerce una gran influencia sobre la percepción que pueda tener el sujeto de su propio aspecto físico. Así se justificaría el hecho de que fuese esperable que la imagen corporal se fuera convirtiendo en negativa a medida que fueran haciendo su aparición las enfermedades.

De esta manera, el nivel de salud se convierte, no sólo en el parámetro fundamental en función del cual tienden a elaborar su autoconcepto físico, sino que esta forma de percepción de sí mismos también interactúa con su propio funcionamiento a niveles cognitivo y social. De esta forma, el nivel de salud percibido va a determinar en gran parte el autoconcepto y la valoración de su propia capacidad para afrontar los problemas que el sujeto puede tener. En definitiva, esa percepción del estado físico va a constituir una variable decisiva, en función de la cual el anciano establecerá no sólo su propia identidad sino también su bienestar.

Asimismo, González (2000), señala que la expresión de inconsciente colectivo que tiende a etiquetar en abuelos, cincuentones, tercera edad, viejo, etc., a veces influye de manera negativa en la forma como se percibe el propio individuo; si a esto aunamos la dificultad de encontrar empleo a causa de la edad, o bien el congelamiento en promociones.

Y como la técnica ha venido a desplazar la experiencia, que en años anteriores daba respeto al anciano, se ha generado un cambio de costumbres, siendo los ancianos los que ahora respetan a los jóvenes, precisamente por el manejo tecnológico que poseen.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Comenta Zapata (2001), que hoy, más que intentar profundizar en el tema, éste es más bien negado, del mismo modo que se niega la muerte y la asociación que se produce entre la vejez y el morir, ayudan a mantener esta mirada de desconocimiento que inunda nuestra sociedad. Es necesario conocer a ese otro que es el viejo para establecer el diálogo, conocerlo en su identidad y en su ser persona con capacidad para decidir sobre los distintos aspectos que conforman su diario vivir.

Esta negación ha generado una consecuencia de suyo negativa, la incapacidad del adulto mayor para reconocerse a sí mismo en cuanto tal y más aún, esta negación ha llevado al adulto mayor a identificarse en torno a parcialidades, por ejemplo, el ser diabético, hipertenso u otra característica de este tipo, en que evidentemente la persona al estar asumida sólo parcialmente no logra identificarse ni sentirse integrada.

4. 3. Sentimientos

Las personas mayores viven dentro de un microsistema o contexto cultural que les rodea, que condiciona sus valores o preocupaciones. Desde otro punto de vista macrosocial, las personas adultas han vivido y viven influenciadas por principios religiosos, cuyas doctrinas pueden ser aplicadas para afrontar situaciones problemáticas a favor de un bienestar social.

Comenta González (2000), que conforme envejecemos estamos más expuestos a la muerte de los seres queridos, y un caso típico es el de la viudez. Las personas que enviudan, tienen una tensión emocional donde puede haber sentimientos de culpa, temor, enojo o resentimiento, conforme se ven enfrentados a la magnitud de su pérdida.

El doctor Colin Murray Parkes (citado en González, 2000) menciona siete características comunes a las pérdidas:

1. La toma de conciencia; el sujeto pasa de la negación o del rechazo a la aceptación.
2. La angustia, que se desencadena por una reacción de alarma, la agitación y las manifestaciones físicas del dolor.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

3. La búsqueda del ser perdido, que se dice reencontrar en una cosa o forma, o en otra persona.
4. La cólera acompañada en ocasiones de violencia, y un sentimiento de culpabilidad, propiciada por aquellos que tratan que el sujeto acepte dicha pérdida.
5. El sentimiento íntimo de la pérdida de sí mismo, o de sentirse mutilado.
6. Identificado con el objeto; es decir, adopción de rasgos, manías, de maneras o síntomas característicos de la persona desaparecida, teniendo la impresión que ésta está presente en el interior del sujeto.
7. Las variaciones psicológicas del dolor; la reacción puede ser excesiva o prolongada, o inhibida, tendiendo a manifestarse de forma indirecta.

En una investigación que se realizó (Treviño, Pelcastre y Márquez, 2006) se identificó que la experiencia del envejecimiento está diferenciada según la condición de género y de los roles tradicionalmente asignados, es decir, los hombres como “proveedores” y las mujeres como “cuidadoras de otros”. Así, en el caso de los hombres mayores el proceso de envejecimiento se vive con mayor tristeza y frustración, en comparación con las mujeres, debido a que ellos no pueden seguir cumpliendo con el papel social y culturalmente asignado de proveer, y de seguir trabajando para traer sustento e ingreso al hogar, como se muestra en los comentarios de dos personas que participaron en el presente estudio:

“La tristeza es la de la vejez, que ya se siente uno menos, ya inútil, ya no es como antes...” (Hombre, Guerrero, 72 años, casado.); *“La cosa es que ya no le dan trabajo a uno tan fácil, como ahorita fui a trabajar, pues no me pagaron y sin embargo uno tiene que comer, si trabaja uno [es] por necesidad.”* (Hombre, Morelos, 67 años, casado.)

Por su parte, para las mujeres, si bien la experiencia del envejecimiento no es del todo agradable –en particular debido al desgaste físico, al deterioro de la salud que presentan y a las carencias económicas en las que viven-, resulta más “llevadera”, ya que se encuentran la posibilidad de seguir desempeñando el papel que tradicionalmente se espera se ellas, cuidando a otros.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

“Me siento satisfecha y le doy gracias a Dios que llegué a esta edad (...) la vejez es natural”, yo fui joven, tuve mis hijos, trabajé y ahora la edad que tengo la acepto y soy feliz” (Mujer, Guerrero, 67 años, divorciada.)

Para las mujeres, cuya actividad principal ha sido cuidar a otros, el proceso del propio envejecimiento se relaciona con situaciones y experiencias más positivas: familia y compañía. Otro de los hallazgos es que el mismo acontecimiento de frustración, vivido por los hombres, se repite en el caso de aquellas mujeres que, por diversas razones, también tuvieron que cumplir con el papel de proveedoras, es decir, que fueron jefas de familia:

“... que ya no puede una trabajar para ganarse el pan de cada día, yo trabajé para mantenerse toda la vida, ahorita no puedo (...), nunca tuve un matrimonio que hubiera sido [para] toda mi vida...” (Mujer, Morelos, 68 años, madre soltera.)

Sin embargo, es necesario hacer mención el papel del psicólogo ya que es muy importante, puesto que ofrece un punto de vista diferente del establecido por el médico el cual a veces en el tratamiento se puede dar cuenta de las enfermedades de tipo somático y/o emocional que generalmente están vinculados más con el envejecimiento que con la enfermedad misma. Es preciso decir que el adulto mayor también tiene una limitación evidente impuesta por las afecciones crónicas, lo cual debe recibir una atención considerable del profesional de la salud, teniendo en cuenta el componente psicológico del vivir en esta edad.

Los trastornos de la memoria, de la atención, las modificaciones del sueño y las dificultades de relación con el entorno matizan con un tono característico las quejas somáticas. Y si a ello se le suma cierto sentimiento de minusvalía y dependencia que existe frecuentemente en el adulto mayor por la pérdida de sus ingresos, el cierre de las perspectivas de vida y la conciencia de todo ello.

En efecto, señala Hernández (2004), son muchas las actividades y tareas del psicólogo, dentro de su ramo y en coordinación con el equipo de salud, puede hacer en la mayoría de las ocasiones por mejorar la situación actual de las personas de la tercera edad. Es decir, por ejemplo cuando una persona acude al médico y le describe sus malestares tales como diabetes, hipertensión, etc., el médico no lo percibe como única persona sino que empieza a concebir a la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

enfermedad y a dar un tratamiento generalizado como si todas las personas padecieran los mismos signos, malestares, síntomas, etc., como si la persona fuera un equivalente a la enfermedad.

Las alteraciones que generalmente se presentan como ya se ha mencionado, son la pérdida del papel social y de la autoestima, una deficiente autopercepción y el miedo a perder el control de su vida, es por ello que la función del psicólogo tiene como meta ser un dispositivo de escucha, facilitando así el hablar del paciente, quien irá dándose cuenta la utilidad de la conversación de sus problemas, sus sensaciones, sentimientos, etc., así como el hecho de que puede tomar distancia con respecto de su enfermedad.

Además de tener una cierta empatía con la persona, ya que esto generará una cierta confianza entre persona y profesional y que la persona relate sus conflictos con sus iguales o familiares del cual se encuentra inmerso en su vida. Con ello se alcanza la meta de que la persona no sea vista como una enfermedad más sino como una persona, como un ser humano y no como un objeto.

Así como hacerse responsables de sí mismo, porque como se mencionó la enfermedad puede originarse en el seno familiar cuando se le atribuye a los años o al cuerpo. Es fácil decir esto, pero para que esto tenga una buena función para la atención de enfermedades, en este caso la diabetes que tiene una prevalencia alta en nuestro país, se necesita un gran apoyo y equipo de profesionales de distintas ramas del área de la salud como son: médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, químicos fármaco biólogos y un profesional que esté capacitado para proporcionar ejercicios.

Además de estar capacitados para ver a las personas desde una perspectiva cultural y no, como se dijo anteriormente, generalizar a las personas desde la enfermedad como la diabetes que ha sido una de las principales causas de muerte en nuestro país, puesto que con esta enfermedad supone una mayor invalidez del adulto mayor puesto que aparte, su organismo se ha degenerado, sus funciones mentales disminuyen, no son comprendidos en su seno familiar y añadiéndole el factor discriminativo que pesa en ellos, envolviéndolo en una atmósfera muy desagradable.

4. 4. Emoción y diabetes

Sin embargo, la emoción tiene mucha relación con la salud, las emociones son reacciones subjetivas ante experiencias que están asociadas con cambios psicológicos y conductuales, ante una amenaza a nuestro equilibrio, ya sea físico o psicológico, actúan para reestablecerlo ejerciendo así un papel adaptativo. En algunos casos, las emociones influyen en la reducción de enfermedades, dejando de ser procesos adaptativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que más del 90% de las enfermedades tienen un origen psicosomático, de hecho, las características de la personalidad, el manejo que tenemos de las emociones y la manera de manejar el estrés, conflictos, fracasos y frustraciones pueden potenciar o desarrollar diversas enfermedades.

Señalan, Fernández (1993), Fernández y Edo (1994) y Sandín (1993), (citado en Martínez y Fernández, 1994), que las emociones humanas no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de muy diversas maneras que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. Existen sólidas evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales, que apuntan a que:

- ❖ Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Los pioneros trabajos de Hans (citado en Martínez y Fernández, 1994) permitieron investigar los efectos del estrés en la etiopatogenia de numerosas enfermedades. La interpretación y el afrontamiento que el individuo hace de las situaciones de estrés Lazarus y Folkman (citado en Martínez y Fernández, 1994) de distinta magnitud (desde los altamente traumáticos, pasando por los sucesos vitales mayores y los estresores ambientales, hasta los contratiempos cotidianos), están implicados en diversos trastornos.

- ❖ Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. El grado de información, el apoyo y protección familiar, la relación con el médico y el personal sanitario, así como el cumplimiento de las prescripciones médicas son aspectos influidos por el estado emocional. Las emociones pueden distorsionar la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que, en realidad, interfieren en el proceso de tratamiento.

Asimismo señalan Aikens, Wallander, Bell y Cole (citados en Méndez y Meléndez, 1994) que los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la diabetes. En concreto, la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes.

Además la depresión también es una reacción emocional que suele estar presente en la mayoría de las enfermedades crónicas y que tiene un impacto que va más allá del importante malestar que implica, puesto que afecta a la puesta en marcha o no de conductas de autocuidado y de control de la enfermedad. En la diabetes, la persona necesita realizar todo una serie de comportamientos que van desde la monitorización constante del nivel de glucosa en sangre hasta la regulación de su actividad física o su conducta alimentaria.

Por ello, es muy importante entender con precisión su papel y relación con diversas variables propias de esta enfermedad, puesto que interesa no sólo conocer cómo se produce una reacción depresiva a la enfermedad, sino también cómo puede convertirse en un factor añadido de riesgo para su propia evolución y pronóstico a medio y largo plazo.

Hay que señalar que en el adulto mayor teniendo todos estos factores sociales, físicos y mentales que no le favorecen y sobretodo las emociones que nos ayudan a percibir e interpretar el mundo que nos rodea, además llevando consigo mismo una carga pesada como es la enfermedad de la DT2; esto conlleva a situaciones muy difíciles para su estado de salud, llevándolo a un estilo de vida muy pobre y degradante.

Capítulo 5

DUPAM. DIABETES: UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

5. 1. Antecedentes

Como ya se sabe, la diabetes es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en nuestro país, y que se puede diagnosticar solamente con una revisión de rutina en las distintas instituciones de salud; sin embargo, es hasta que la persona con los síntomas se presenta para realizarlos.

Una cuestión que se han preguntado, es si tenemos los conocimientos científicos y tecnológicos suficientes para controlar la DM, ¿Por qué ha alcanzado la magnitud para ser considerada un problema de salud pública?, sin embargo no hay una respuesta concreta para ésta pregunta pero sigue creciendo la preocupación para solucionarlo tanto en las instituciones como entre los particulares. Un intento de solución es que se han propuesto varias estrategias como el apego o adherencia al tratamiento y educación a la persona con diabetes, entre otras. Aún así, aunque su funcionabilidad es acertada la enfermedad sigue siendo la primera causa de muerte en México. (Cardoso, 2008)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha afirmado que la respuesta más frecuente en el ámbito médico institucional es el culpar al propio enfermo por no cumplir el tratamiento prescrito calificándolo de desobediente y necio.

Es por ello que, el proyecto *Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria* (DUPAM), se crea como una alternativa a estas condiciones. Es una iniciativa de profesores de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Psicología y Químico Farmacéutico Biólogo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyo propósito es crear un modelo de atención multidisciplinaria en el primer nivel a personas con DM2.

El modelo comprende intervenciones en el ámbito de competencia disciplinar y multidisciplinar; en este último se pretende la modificación de los

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

estilos de vida, es decir, las pautas de pensamiento y conducta, difíciles de modificar, porque son producto de las enseñanzas culturales en las que fue formada una persona, por tanto, permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento.

El propósito general del DUPAM es contribuir a consolidar la práctica multidisciplinaria en la FES Zaragoza mediante la formación profesional de futuros profesionales del área de la salud, para atender multidisciplinariamente un problema de salud, y para tal efecto, se eligió el problema de diabetes porque además de ser un problema de salud nacional, también se recomienda su atención desde un enfoque multidisciplinario.

Por consiguiente, en el DUPAM, la atención la brindan prestadores de servicio social de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina y Psicología y dicha atención es supervisada por profesores de las mismas carreras, quienes fungen como sus asesores.

Con base en la retroalimentación de nueve años de trabajo, el programa se ha modificado constantemente, lo cual encauzó la creación de un modelo de atención multidisciplinaria a la diabetes. Dicho modelo es el que guía actualmente el DUPAM.

El DUPAM se instrumenta en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas (CMT), la cual es una subdependencia de la FES Zaragoza UNAM. La CMT está ubicada en Ciudad Nezahualcóyotl, por tal motivo, en el DUPAM se atiende a personas con diabetes que viven en esta zona.

Actualmente este programa único en su tipo, como modelo multidisciplinario en la FES Zaragoza fue reconocido con el premio al servicio social Gustavo Baz Prada como primer lugar en el año de 2010.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

5. 2. Disciplinas. Funciones y actividades profesionales de desarrollo.

Las disciplinas que conforman la atención integral al paciente son: Medicina, Odontología, Enfermería, Químico Farmacéutico Biólogo y Psicología. Además de que cada uno de los integrantes de las distintas disciplinas recibe capacitación.

Tabla 4.

Actividades por disciplinas. (Cardoso, 2004)

Disciplina	Actividad	Indicador
M E D I C I N A	Conocer el estado del paciente y diseñar un plan de tratamiento.	Expediente clínico
	Toma de signos vitales. Elaborar y actualizar el expediente clínico.	medicina
M E D I C I N A	Toma de signos vitales.	
	Realizar campañas de detección. Se realizarán barridos, casa por casa, en las colonias aledañas a la Clínica para identificar los factores de riesgo de la población e invitarlos a practicarse una prueba de detección, la cual se realizará un día a la semana en la Clínica. Además, se repartirán volantes y carteles para promocionar el Programa informe escrito.	Informe Escrito
M E D I C I N A	Entregar el diagnóstico médico y apoyar a los psicólogos a promoverla aceptación de la enfermedad en aquellas personas de reciente detección, mediante la elaboración del duelo.	Expediente clínico psicológico
	Valoración de enfermería del paciente diabético.	Expediente clínico
E N F E R M E R E R Í A	Toma de signos vitales antes y después de cada sesión de relajación muscular.	clínico enfermería
	Aplicación de la historia clínica de enfermería.	
	Identificación de diagnóstico de enfermería.	
	Planeación de cuidados.	
	Intervención de enfermería.	
O D O N T O L O G Í A	Evaluación del proceso del cuidado.	
	Enseñanza de técnicas de cepillado.	Expediente clínico
	Control de higiene bucal.	clínico
	Control y detección de placa dentobacteriana.	odontológico
	Aplicación de fluoruro.	co
O D O N T O L O G Í A	Raspado y curetaje.	
	Rehabilitación bucodental: prótesis, restauración de dientes con amalgama, ajuste oclusal, colocación de prótesis dentales y resinas.	

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Disciplina	Actividad	Indicador
P S I C O L O G O	G Realizar evaluación psicológica.	Expediente clínico psicológico
	Í Brindar terapia psicológica.	
	A Participar en la entrega del diagnóstico médico, para conducir la elaboración del duelo, con el fin de promover la aceptación de la enfermedad en aquellas personas de reciente detección.	
Q U Í M I C O L Ó G O	F B Fase preanalítica: preparación de torundas, vacuntainer, jeringas, soluciones y lugar de trabajo	Reporte escrito
	A I	Expediente clínico químico farmacéutico biólogo
	R Ó Fase analítica: toma de la muestra con técnica adecuada para evitar la formación de hematomas y tomar los tubos para suero. Una vez tomada la muestra, centrifugarla para obtener el suero para las determinaciones de hemoglobina glucosilada y microalbúmina, colocar las muestras en el analizador automatizado DC 2000+ de Bayer para su cuantificación.	
	M L	
	A O	
	C G	
	É O	
	U	
	T	
	I	
C O Fase postanalítica: Obtención de los resultados, interpretación y entrega de los mismos.	Informe de resultados de análisis clínicos	

Nota: Funciones de las distintas disciplinas del DUPAM

Tabla 5.

Actividades Multidisciplinarias. (Cardoso, 2004)

Actividad	Indicador
Concienciar sobre la enfermedad a las personas que ingresan al DUPAM con diagnóstico de diabetes.	informe verbal de los pacientes
Impartir y supervisar las sesiones de ejercicio físico.	Número de sesiones y signos vitales
Impartir talleres, a pacientes y sus familiares, sobre educación para la salud.	Número de asistentes a la sesión,
Impartir talleres, a pacientes y sus familiares, para la reestructuración cognitiva de creencias contrapuestas al control de la diabetes para propiciar la modificación del estilo de vida.	cuestionario sobre conocimientos adquiridos e informe verbal de los pacientes
Impartir talleres, a pacientes y sus familiares, para la modificación de patrones de comportamiento contrapuestos a la adhesión al tratamiento para propiciar la modificación del estilo de vida.	

Nota: Principales actividades así como sus indicadores que se impartía en el DUPAM

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

5. 3. Programa

El DUPAM es un programa que se desarrolla para contribuir en la consecución de los tres objetivos sustanciales de la UNAM: docencia, investigación y servicio a la comunidad. En cuanto a la docencia, permite capacitar a futuros profesionales del área de la salud para trabajar multidisciplinariamente y con ello se contribuye a la consecución de la misión de la FES Zaragoza y, en general, a una de las aspiraciones del ámbito institucional de la salud: la consolidación de la multidisciplina. Asimismo, en este programa los participantes también se capacitan y especializan sobre el problema de diabetes.

Por medio del DUPAM, al atender el problema de la diabetes, se contribuye al logro de otro de los objetivos de la UNAM en general y de la FES Zaragoza en particular: coadyuvar en la atención y solución de los problemas de salud de la sociedad, especialmente de aquellos sectores más desfavorecidos, puesto que la población a la que se le ofrece el servicio es de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. También se aporta una contribución a nuestro país, pues se atiende uno de sus problemas más apremiantes en México, la diabetes actualmente ocupa el noveno lugar.

En el DUPAM, al pretender conocer más ampliamente el problema de la diabetes, especialmente el por qué las personas que la padecen desisten de la prescripción médica, se realiza investigación científica, con lo cual se cubre el otro objetivo sustancial de la UNAM. Esta actividad tiene el propósito de aportar conocimientos científicos que contribuyan al control de esta enfermedad. Particularmente, los conocimientos generados por la investigación que se realiza en el DUPAM, retroalimenta sus subprogramas, con lo que se espera incrementar su impacto.

Finalmente, tanto el DUPAM mismo, así como el modelo y el programa de capacitación son considerados por sus participantes como una contribución de la FES Zaragoza y se espera que puedan servir como orientación para atender multidisciplinariamente diversos problemas crónicos de salud en diferentes lugares o regiones.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

5. 4. DUPAM: Estructura, proceso y organización

En el DUPAM se cristaliza el Modelo Orientador de la Práctica Multidisciplinaria para el Área de la Salud. Este modelo se estructura para promover a la multidisciplinaria como opción de terapéutica a la diabetes mellitus tipo 2, por lo tanto es importante describir su funcionamiento y proceso.

Sin embargo son numerosos los elementos que intervienen en la conformación de equipos multidisciplinarios, y se han considerado los que a nuestro juicio serían los puntos centrales para el trabajo en el área de la salud. Es el resultado de la participación de docentes-investigadores, alumnos, prestadores de servicio social, pasantes, y tesistas de varias disciplinas.

El Modelo para la Atención Multidisciplinaria a la Salud es en términos generales la estructura, el proceso y la organización, enmarcados en el presente modelo, se han distribuido en cinco fases consecuentes, desde el aspecto teórico hasta el campo de la aplicación.

Fase 1: Capacitación a integrantes del equipo multidisciplinario.

Fase 2: Diseño del programa de intervención a la diabetes.

Fase 3: Instrumentación del programa.

Fase 4: Evaluación y realimentación.

Fase 5: Investigación.

5. 5. Atención de Pacientes

Los procedimientos para la atención de los pacientes comprenden dos tipos de actividades: las que disciplinariamente se deban realizar para apoyar al control de la diabetes y, las actividades multidisciplinarias para modificar los estilos de vida, principal aporte del DUPAM. Estas últimas son:

5. 5. 1. Concienciación de la diabetes

La condición inicial para el control de la diabetes es que la persona deba ser consciente de su enfermedad. Se categoriza a las personas en dos tipos: A) Quienes desconocen su enfermedad y a los cuales se les debe comunicar el diagnóstico y B) Quienes ya son conocedores de su condición de enfermos de diabetes. Estos segundos, a su vez, se dividen en dos: a) tiempo menor a un año

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

de haberseles diagnosticado la enfermedad y b) tiempo mayor a un año de haberseles diagnosticado la enfermedad.

Para cada uno de los grupos de personas se aplica una técnica, creada en el DUPAM, denominada “Sensibilización”, ésta se adapta a las características de las personas, según correspondan a la tipología antes descrita y su impacto se mide por: respuesta emocional (cómo se sintieron después de la sesión de aplicación de la sensibilización), respuesta cognitiva (reconocer la importancia de atenderse) y respuesta conductual (inscribirse al DUPAM, y asistir a las consultas disciplinarias y multidisciplinarias).

5. 5. 2. Cuidados para la salud

A las personas se les ofrece información sobre la diabetes, porque ello influye en las decisiones que tomen para controlar su enfermedad. Para tal efecto, se imparte un conjunto de 11 pláticas, que consideran información sobre mitos y realidades de la diabetes, qué es la diabetes, complicaciones de la diabetes, pie diabético, alimentación y diabetes, diabetes y salud bucal, auxiliares de limpieza y técnica de cepillado, hipertensión, relajación y estrés, sexualidad y la última sobre el ejercicio físico.

5. 5. 3. Ejercicio físico

Como esta actividad es fundamental para el control de la diabetes, se les imparten sesiones diariamente, pues contribuye a aumentar el metabolismo, favorece la eliminación de stress, por lo que ayuda a disminuir los niveles de glucosa en sangre.

5. 5. 4. Resignificación de creencias y adaptación de patrones conductuales pautados culturalmente relacionadas con la diabetes

Conforme a los resultados de los estudios realizados en el DUPAM: las personas con diabetes prefieren atender a las demandas sociales para preservar la supervivencia de su grupo, aún a costa de su salud, no por negligencia, sino porque responden a un condicionamiento cultural. Es decir, no es cuestión de buena voluntad, sino de configuración cultural y de exigencias sociales y con base en la premisa fenomenológica, conforme la explicación que se dé a la realidad,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

será la forma en que se responda; la propuesta para cambiar dicha configuración es un taller denominado “Resignificación de creencias: la diabetes como una oportunidad a la vida”.

Consiste en resignificar las creencias pautadas culturalmente que se contraponen al tratamiento médico para la diabetes. Al concluir el taller, las personas conciben la diabetes como una conciencia que les recuerda cómo deben vivir: si le hacen caso, controlan su enfermedad y pueden vivir plenamente, si no, las complicaciones serán severas.

5. 5. 5. Relajación como estilo de vida

Las técnicas de relajación tienen muchos beneficios, en el ámbito psicológico permiten pensar con mayor claridad y de una forma más creativa, además provoca una sensación de paz y tranquilidad que dura a lo largo del día. En el ámbito corporal, los beneficios de la relajación son: disminución de la presión arterial y del ritmo cardíaco.

Mediante técnicas de respiración, además de relajar, se regula la respiración cotidiana, aportando un mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células en general, se estimula el riego sanguíneo, disminuye la tensión muscular, se reducen los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, se aumenta la vasodilatación general, lo que trae consigo una mayor oxigenación periférica.

En combinación con el ejercicio, las técnicas de relajación facilitan la eliminación de colesterol y grasas en sangre y aumentan el nivel de producción de leucocitos, lo que refuerza el sistema inmunológico. Por lo anterior, a las personas que asisten al programa reportan controlar su estrés y reconocen los beneficios antes expuestos.

La meta consiste en extender los beneficios de la relajación a la actividad cotidiana, y por tanto, usar estas técnicas más que de forma paliativa, como mecanismos de un nuevo estilo de vida, asegurando disminuir su estrés.

5. 5. 6. Sesiones de análisis multidisciplinario de casos y de actualización

Como podrá observarse se conforma una constelación de múltiples interacciones, que de no darles orden, se podría perder en la divagación hasta diluirse los objetivos por los cuales se conformó el equipo, para ello es importante instrumentar las sesiones de análisis multidisciplinario de casos y de actualización.

Ambas reuniones tienen la facilidad de ser retroactivas a la misma instrumentación del programa, por lo tanto el diseño y la instrumentación son procesos dinámicos con sus propios momentos de estabilidad y cambio, siendo susceptibles a mejorar.

Se realizan evaluaciones semestralmente, cada una incluye medición de hemoglobina glucosilada apoyada con registros por disciplina y los indicadores cotidianos de seguimiento: la prueba de glucosa central y los registros de tamizaje.

En una segunda etapa se realiza la evaluación final, donde se consideran diversos elementos, con dos objetivos:

1. Evaluar la eficacia de la capacitación de los participantes.
2. Evaluar el diseño e instrumentación de los programas aplicados a las personas con diabetes.

Se justifica a partir de la posibilidad de optimizar el modelo de atención con referencia en las evaluaciones, para mejorar los resultados obtenidos y por consiguiente la atención que se ofrece en el DUPAM.

La evaluación de la capacitación se estructura mediante un proceso integral que considera a docentes, alumnos, prestadores de servicio social, practicantes, pasantes, investigadores y tesisistas junto con las personas con diabetes. La instrumentación del programa se evalúa de forma disciplinar y multidisciplinar, mediante diversos métodos cuantitativos y cualitativos propuestos por cada disciplina implicada para obtener datos objetivos y subjetivos.

La duración de la evaluación final es de una semana, aplicada cada fin de año, principalmente, para valorar mediante la interacción de todos los profesionales implicados, junto con las personas atendidas y los resultados obtenidos.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Las problemáticas encontradas son sometidas a la toma de decisiones, lo que conlleva a la valoración de los recursos empleados o a la necesidad de incluir otros, y a la creación de líneas de investigación para generar conocimiento nuevo.

Capítulo 6

METODOLOGÍA

Propósitos

El propósito de esta investigación es conocer el impacto que tienen las emociones en la salud de los adultos mayores con Diabetes tipo 2 que asisten al Programa DUPAM.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizará es el descriptivo, el cual, menciona Hernández, Fernández, y Baptista, (1991), busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno. Mide o evalúa diversos aspectos, componentes o dimensiones del fenómeno a investigar. La investigación descriptiva tiene como objetivo dar un panorama, lo más preciso posible, del problema que se estudia.

El diseño de la investigación es no experimental pues comenta Hernández, y cols (1991), es cuando se realiza un estudio sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, en un estudio no experimental se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

Con un Muestreo no probabilístico que se origina cuando la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que el investigador busca.

Y por conveniencia, porque es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos.

Escenario

La investigación se desarrolló en el Programa DUPAM, en la Clínica Tamaulipas de la FES Zaragoza, UNAM.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Participantes

10 usuarios con Diabetes tipo 2, mayores de edad 60 años, inscritos al programa DUPAM. Los criterios de inclusión que se utilizó son: aquellos usuarios de la tercera edad, con DT2 inscritos en el programa DUPAM, durante el periodo febrero 2007 a agosto 2008.

Procedimiento

1. Se realizó la selección de los pacientes que participaron en este estudio, tomando en cuenta la edad de 60 años con Diabetes tipo 2, inscritos en el Programa DUPAM.
2. La recolección de información se realizó mediante la revisión de los expedientes multidisciplinarios que incluían la información de las áreas de medicina, enfermería, odontología y químico farmacéutico biólogo de cada uno de los pacientes. Pero se hizo especial énfasis en la revisión de la información proporcionada por Psicología, sobre cada una de las sesiones que se desarrollaron con cada uno de los pacientes así como en las sesiones grupales de actividades multidisciplinarias.
3. Se revisó los informes semestrales de cada etapa del Proyecto “Atención multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida”.
Informe 1ª etapa, febrero-julio 2007
Informe 2ª etapa agosto 2007-febrero 2008
Informe 3º etapa febrero-julio 2008
Informe 4ª etapa agosto 2008-febrero 2009
4. Se concentró la información recolectada antes descrita y se organizó para la presentación de resultados en dos rubros: información individual e información grupal.
5. Se retomó el registro de los signos vitales de cada paciente, pues estos son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, los cuatro signos vitales son: la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

temperatura corporal, pulso, respiración y tensión arterial (Corral, Corral, Juárez, y Ochoa, 2006).

Los signos vitales en pacientes mayores de 60 años, se caracterizan porque pueden presentar pseudohipertensión, por lo que la presión arterial (P.A.) se tomará con especial cuidado hasta descartar esta condición.

6. Se realizó el proceso de análisis de la información, realizando la revisión de los expedientes individuales, es decir, obteniendo los datos de las distintas áreas para hacer una comparación de los seguimientos y el saber por qué tenían altibajos en sus muestras de laboratorio, así como los informes semestrales del proyecto, realizando posteriormente las gráficas y redacción de resultados.

Es importante señalar que se utilizó como referente del estado de salud de las personas que participaron en el presente estudio, la determinación de hemoglobina glucosilada %HbA1c. La determinación de ésta es importante debido a que es un compuesto estable formado por hemoglobina y glucosa, los valores obtenidos en las determinaciones son proporcionalmente relacionados con los niveles promedio de glucosa sanguínea.

Este prueba mide la concentración promedio diaria de glucosa sanguínea (75 % del último mes y 25 % de los dos meses anteriores), y refleja la conducta del paciente diabético de 2 – 3 meses previos a la evaluación de %HbA1c, además de que es el mejor indicador del estado de salud del paciente diabético y es el indicador temprano de enfermedades crónicas degenerativas.

7. La inclusión de registros de la tensión arterial y los resultados del %HbA1c, fue importante para este trabajo, ya que son indicadores que nos muestran si el adulto mayor seguía el tratamiento indicado o saber si otro factor (problemas familiares, violencia, depresión, duelo, etc.) influyó en su inconstancia al tratamiento.
8. Por último se realizó el análisis de resultados y las conclusiones.

Capítulo 7

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados y su análisis, considerando que el Proyecto “Atención multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida” del Programa DUPAM, tuvo una duración de la fase operativa o aplicada de cuatro etapas, cuyos periodos fueron los siguientes:

1ª etapa febrero – julio 2007

2ª etapa agosto 2007 – enero 2008

3ª etapa febrero – julio 2008

4ª etapa agosto 2008 – enero 2009.

La organización de los resultados se realiza de la siguiente forma:

Primero se muestran los resultados del grupo de estudio, 10 pacientes, adultos mayores que asistieron al DUPAM, durante la fase operativa del proyecto, al final se presentan las gráficas con los resultados de hemoglobina glucosilada (%HbA1C), que es el indicador más confiable con que se cuenta, para establecer el estado de salud físico, pues como se mencionó en el capítulo 4; este análisis clínico permite dar un panorama amplio acerca de los niveles de glucosa, durante los últimos tres meses antecedentes al análisis.

Posteriormente se realiza una presentación de los resultados obtenidos de cada una de las personas, considerando su estado de salud física y emocional, pues se revisaron los expedientes de las personas y los informes semestrales del proyecto, donde se consideran la información de medicina, enfermería, odontología y psicología.

Para ello se retoman los informes de participación en las diferentes actividades disciplinarias y multidisciplinarias programadas y a las que accedió el paciente y se relaciona con el %HbA1c que obtuvo en cada una de las tomas de

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

muestras. Esta información permite conocer el estado de salud con que ingresa el paciente, su evolución durante el tratamiento y su estado de salud final.

7. 1. Situación socioeconómica

De los adultos mayores que asistieron al DUPAM, que abarcó entre el periodo de febrero 2007 a enero 2009, se seleccionó a diez personas, seis mujeres y cuatro varones, cuyos rangos de edad oscilaban entre los 60 y 80 años. En el quinquenio de edad de 60-65 años se encontraban solamente dos mujeres, el quinquenio que se caracterizó por tener un mayor grado de asistencia es el de 66-70 años, en el que se encontraban tres mujeres y dos varones, para el quinquenio 71-75, se ubicó una persona de cada sexo y para el quinquenio 76-80, únicamente un varón.

El ingreso económico de estas personas era equivalente a uno ó dos salarios mínimos mensuales. En el momento del estudio, dos hombres y dos mujeres eran económicamente activos, ninguno contaba con pensión y seis eran dependientes económicos de su pareja, hijos u otros familiares.

7. 2. Roles social y familiar

De las diez personas, uno cumplía el rol de cuidador de su pareja que presentaba una enfermedad incapacitante laboralmente y de autocuidado, otras cuatro personas cumplían con obligaciones cotidianas como realizar actividades domésticas en casa de sus hijos, cuidar nietos y bisnietos, una persona presentaba una enfermedad discapacitante impidiendo el autocuidado, por lo que requería cuidados y ayuda permanentes. Y las otras cuatro personas trabajaban, en un puesto de dulces, en una maquila y en trabajos temporales.

Las actividades sociales en que participaban estas personas se restringían a actividades familiares, asistencia a la rutina de ejercicios y sesiones de relajación diarias que se impartían en el DUPAM, asistían a las sesiones de evaluación del programa y convivios que se organizaban para que modificarán sus estilos de comportamientos y patrones de alimentación en las reuniones familiares y sociales, para que aprendieran a convivir y alimentarse sin sacrificar su salud ni su nivel de socialización con sus familiares y amistades.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Solamente una persona acudía dos días a la semana a un centro social y cultural de Ciudad Nezahualcóyotl, la Casa Mater, donde realizaba actividades manuales, que le permitían convivir con personas diferentes a su familia y a los participantes en el DUPAM, además de que con sus trabajos manuales, hacía regalos a sus familiares en sus cumpleaños, navidad, etc.

7. 3. Estado de salud

7. 3. 1. Estado inicial de salud

En cuanto al estado inicial de salud de estas personas, se consideró tomando en cuenta su ingreso al Programa DUPAM y la información recabada en la Historia Clínica, obteniéndose la siguiente información:

7. 3. 2. Fecha de diagnóstico

Considerando el momento en que recibió el diagnóstico de diabetes, tenemos que una persona fue detectada por las campañas que realizaba el DUPAM, por lo que se consideró el diagnóstico reciente, una persona tenía hasta un año de evolución, 8 personas fueron diagnosticadas hacia más de un año y otra persona presentaba factores de riesgo como sobrepeso y descontrol de tensión arterial. El tratamiento de todas estas personas implicó la atención disciplinaria y multidisciplinaria, como se explicó en el capítulo 5, DUPAM.

Con respecto al cuidado de su salud, 2 hombres y 5 mujeres además de acudir al Programa DUPAM, contaban con el servicio médico del IMSS, el resto acudía a servicios de salud particulares, específicamente los servicios de farmacias “Similares”, esto sucedía cuando requerían de servicios médicos y la UNAM se encontraba cerrada por vacaciones administrativas.

En la Historia clínica, eran considerados y evaluados los factores de riesgo que pueden condicionar la presencia de diabetes como obesidad, sedentarismo, hipertensión, antecedentes familiares y hábitos dietéticos inadecuados.

Es importante considerar que el padecer DT2, conlleva a la presencia de enfermedades asociadas como daño renal, pérdida de la capacidad visual, pérdida de la sensibilidad (neuropatía) e hipertensión arterial, problemas vasculares (infartos, enfermedad vascular cerebral), estreñimiento crónico. De ahí la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

importancia de las actividades y programas de atención establecidos en el Programa DUPAM, con las que se pretendía evitar o retardar la aparición de estas complicaciones en las personas que acudían regularmente al Programa. En algunos casos, se encontraban personas que padecían otras enfermedades, no relacionadas con la diabetes, uno padecía cisticercosis y una gonartrosis bilateral.

En su estado de salud bucal, seis personas presentaban anodoncia (falta de piezas dentales) parcial o total y dos periodontitis, úlceras, aftas, una gingivitis y 5 caries, lo que complicaba su estado de salud general, porque los problemas de salud bucal generan problemas como: la falta de piezas dentales implica el no masticar correctamente los alimentos lo que dificulta su digestión, la glucosa elevada hace que disminuya la producción de saliva cuya función es ayudar a deglutir los alimentos, además de que la saliva cuya consistencia ha cambiado de pH, es decir se vuelve ácida, daña los dientes en la parte lateral provocando caries. Es importante considerar que una higiene bucal inadecuada, genera infecciones, lo que eleva los niveles de azúcar.

En cuanto a la salud psicológica y como parte del equipo de DUPAM analizamos los expediente de estos adultos mayores, al hacerlo, en los diagnósticos se encontró que los problemas principales que presentaban, estaban especificados en asertividad, depresión, duelo, ansiedad y estrés, problemas interpersonales, autoestima y violencia; que a su vez se clasificaban en cuatro niveles de intensidad nulo, leve, moderado y severo, obteniéndose la siguiente información:

Asertividad (As), cinco personas lo presentaban:

- Una persona que inició con el nivel severo y terminó con el mismo nivel, pues no asistió a terapia
- Dos personas iniciaron con un nivel leve y ambos terminaron el tratamiento con el nivel nulo.
- Dos personas tuvieron al inicio del tratamiento, un nivel moderado, las dos terminaron su tratamiento con el nivel leve

Depresión (De), cinco personas presentaban este problema:

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Dos personas presentaron un nivel severo, una de ellas finalizó con el nivel moderado y la otra persona finalizó con el nivel nulo.
- Una persona inició con un nivel moderado y finalizó con un nivel nulo.
- Una persona empezó con un nivel leve y terminó de la misma forma por problemas de pareja.
- Otra persona inició con el nivel nulo y finalizó con un nivel moderado esto a causa de que se agudizaron los problemas familiares.

Duelo (Du), dos personas presentaban este problema:

- Dos personas iniciaron con el nivel severo, una de ellas finalizó con el nivel nulo y la otra persona finalizó con un nivel leve.

Ansiedad y Estrés (A y E), ocho personas presentaban este problema:

- Cinco personas iniciaron con un nivel severo, una de ellas terminó en un nivel nulo, la segunda persona terminó con el mismo nivel por problemas familiares, la tercera terminó con el nivel leve, las otras dos personas terminaron con un nivel moderado.
- Dos personas iniciaron con el nivel moderado, una finalizó con el nivel nulo y la otra terminó con el nivel leve y
- Una persona que inició con el nivel leve y terminó con el nivel moderado por no poder controlar su glucosa.

Problemas Interpersonales (PI) ocho personas presentaban este problema:

- Cuatro personas iniciaron con los niveles severos, una de ellas finalizó con el mismo nivel pues tenía problemas de pareja, dos personas terminaron con un nivel moderado, y una persona que finalizó con un nivel leve.
- Cuatro iniciaron con el nivel moderado, una de ellas terminó con el nivel severo porque se agudizaron sus problemas de pareja, dos personas que finalizaron con un nivel leve, y una persona que terminó en el nivel nulo.

Autoestima (Au) solamente dos personas presentaron este problema:

- Una persona inició en el nivel nulo y terminó en el nivel leve. Por motivo de tener un familiar discapacitado.
- Otra persona que inició con el nivel moderado y finalizó de igual manera, esto por la razón de que su asistencia fue irregular.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Violencia (V). Tres personas presentaban este problema:

- Una inició con el nivel severo y terminó de igual manera. Por problemas familiares y su apatía al programa.
- Otra persona que inició en el nivel moderado y terminó en el nivel nulo.
- Otra empezó con un nivel leve y permaneció con el mismo nivel. Por motivo de su irregularidad al programa.

La relación de estos problemas con el estado de salud de la persona con respecto a la DT2 es muy importante, ya que en ella se logra observar que estos, fueron un factor determinante en la mejoría o control de esta enfermedad; de esta forma como se mencionó en el capítulo 4, las emociones producto de los distintos problemas, pueden distorsionar la conducta de los enfermos y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que interfieren en el proceso de tratamiento.

La técnica de “Sensibilización” creada en el DUPAM, fue el comienzo de la terapia psicológica hacia el adulto mayor, puesto que si aceptaba la enfermedad, además de seguir las sesiones en las distintas áreas, tendría que ser un proceso constante en el que él se responsabilizara de su cuidado.

El grado de información, el apoyo y protección familiar, la relación con los prestadores profesionales de cada disciplina Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología, así como el cumplimiento de las indicaciones de cada una ellas son aspectos influidos por el estado emocional de la persona que presenta diabetes.

En cuanto a la capacidad de autocuidado, encontramos que de los adultos mayores que participaron en este estudio, para mantener su estado de salud con niveles de glucosa normales o controlados, nueve personas (tres hombres y seis mujeres) podían ser responsables del cuidado de su salud, debido a que eran personas que no presentaban complicaciones de la enfermedad o secuelas de alguna otra enfermedad.

Lo que les permitía contar con el recurso de cuidarse a sí mismos, siguiendo las prescripciones de enfermería, medicina, odontología y psicología, como eran sus horarios para consumir sus alimentos, consumo de alimentos recomendados, horas de descanso, realizar actividad física, como la rutina de ejercicios que se les impartía. Esto es, cumplir con las actividades programadas

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

tanto disciplinaria como multidisciplinariamente en el Programa DUPAM. La otra persona (varón) era dependiente en el cuidado de su salud, debido a que padecía una enfermedad incapacitante, por lo que requería que su esposa lo ayudara en la satisfacción de sus necesidades básicas como prepararle los alimentos, alimentarlo, asearlo, transportarlo en silla de ruedas, proveer los recursos económicos, etc.

7. 4. Panorámica general del estado de salud y %HbA1c

A continuación se muestran los resultados obtenidos por los diez adultos mayores en los diferentes análisis realizados de %HbA1c, se presentan en las gráficas siguientes. Las gráficas se realizaron considerando el tiempo de permanencia desde la fecha de ingreso hasta los primeros análisis de %HbA1c los cuales se realizaban cada tres a cinco meses, esto con la finalidad de observar el impacto que tenían los programas disciplinarios y multidisciplinarios, en el control de la glucosa de cada uno de los pacientes.

Hay que considerar que los 10 adultos mayores que participaron en este estudio, se fueron incorporando al programa conforme se promovía sus servicios a distintas zonas del municipio, otra variable fue que no se realizaban el estudio en determinada fecha o en último caso, dejaban de asistir al programa; es por esa razón que en las gráficas no siempre se presentan los resultados de todos los participantes.

La determinación se realizó con el instrumento DCA 2000 de Bayer (ver tabla 6), por lo que los valores de %HbA1c y glucosa se obtuvieron mediante los parámetros establecidos para este sistema.

Tabla 6.

Valores de referencia para determinación de %HbA1c

%HbA1c	
NORMAL (4 - 6 %)	glucosa (60-120 mg /dL)
CONTROLADA (6 - 7 %)	glucosa (12 - 150 mg /dL)
SUGERIR ACCIONES (7 - 10 %)	glucosa (150 -240 mg /dL)
POBRE CONTROL (10 -14 %)	glucosa (240 - 360 mg /dL)
FUERA DE CONTROL (> 14 %)	glucosa >360 mg /DI

Nota: Rangos para la determinación de la hemoglobina glucosilada y sus referencias

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

7. 4. 1. Pacientes entre 1 y 3 meses en el programa

En la figura 2, se presenta el estado de salud de los pacientes que asistieron entre 1 y 3 meses al programa, al momento en que se realiza el análisis clínico de %HbA1c.

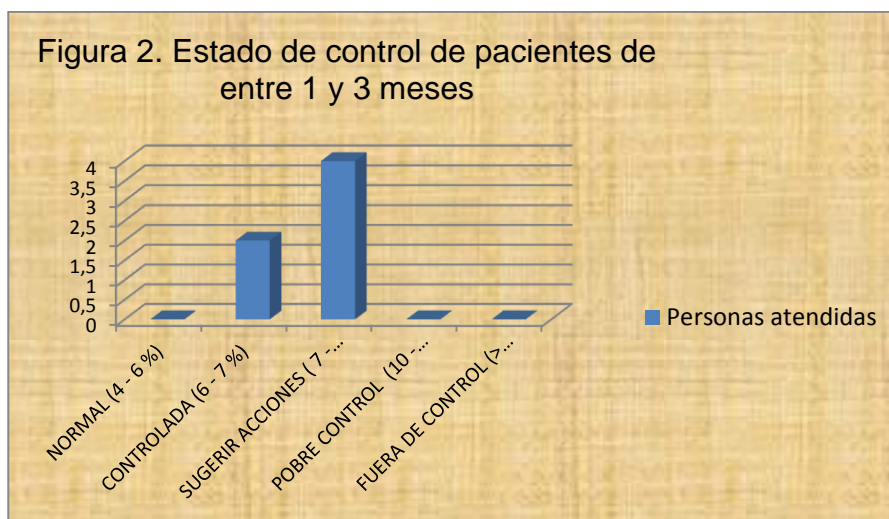


Figura 2. Se muestra en este primer lapso, las personas que fueron constantes aunque solamente 2 personas tuvieron control de la diabetes

Tabla 7.

Resultados de %HbA1c de pacientes entre 1 y 3 meses

%HbA1c	Pacientes
4-6%HbA1c (Normal)	0
6-7%HbA1c (Controlado)	2
7-10%HbA1c (Sugerir acciones adicionales)	4
10-14%HbA1c (Pobre control)	0
>14%HbA1c (Fuera de control)	0

Nota: Número de pacientes que asistían al programa y valores de referencia. Se puede observar tanto en la figura 2 y la tabla 7 que solo 2 pacientes presentan una diabetes en el nivel Controlada, debido a que arrojan valores menores al 7%, lo que indica que han presentado niveles de glucosa menores a 150 mg/dL en los últimos tres meses. A 4 pacientes fue necesario sugerirles acciones adicionales para que controlaran su enfermedad.

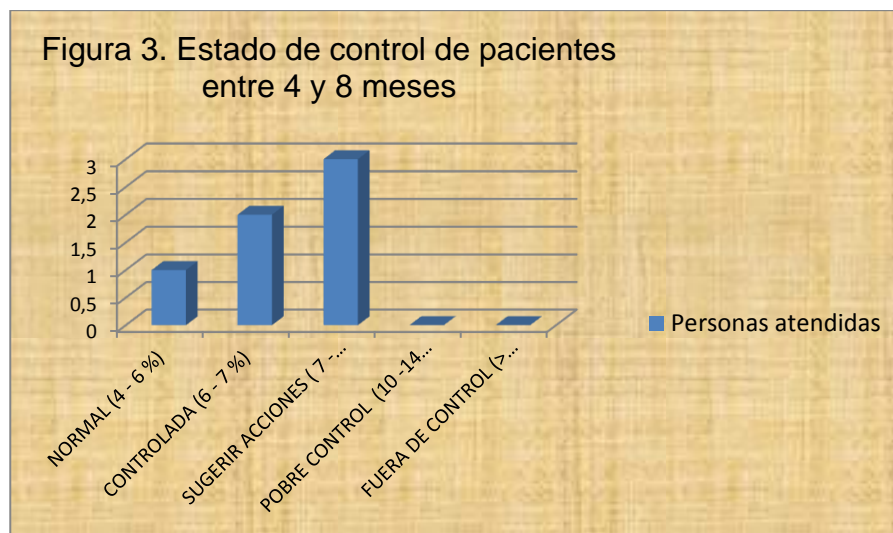
7. 4. 2. Pacientes entre 4 y 8 meses en el programa

Figura 3. Se muestra en este segundo lapso, a comparación de la figura anterior en el rango de Sugerir acciones disminuyó uno.

Tabla 8.

Resultados de %HbA1c de pacientes entre 4 y 8 meses

%HbA1c	Pacientes
4-6 %HbA1c (Normal)	1
6-7%HbA1c (Controlado)	2
7-10 %HbA1c (Sugerir acciones adicionales)	3
10-14%HbA1c (Pobre control)	0
>14%HbA1c (Fuera de control)	0

Nota: Número de pacientes que asistían al programa y valores de control

Se puede observar en la figura 3 y en la tabla 8, que 2 pacientes tienen controlada su enfermedad, debido a que arrojaron valores de %HbA1c menores al 7%, lo que indica que sus valores de glucosa eran menores a 150 mg/dL en los últimos tres meses. Solamente uno manejó niveles dentro del rango de Normal.

Tres personas presentan niveles en el rango Sugerir acciones, por lo que fue necesario poner atención en esas personas para disminuir el riesgo de su salud.

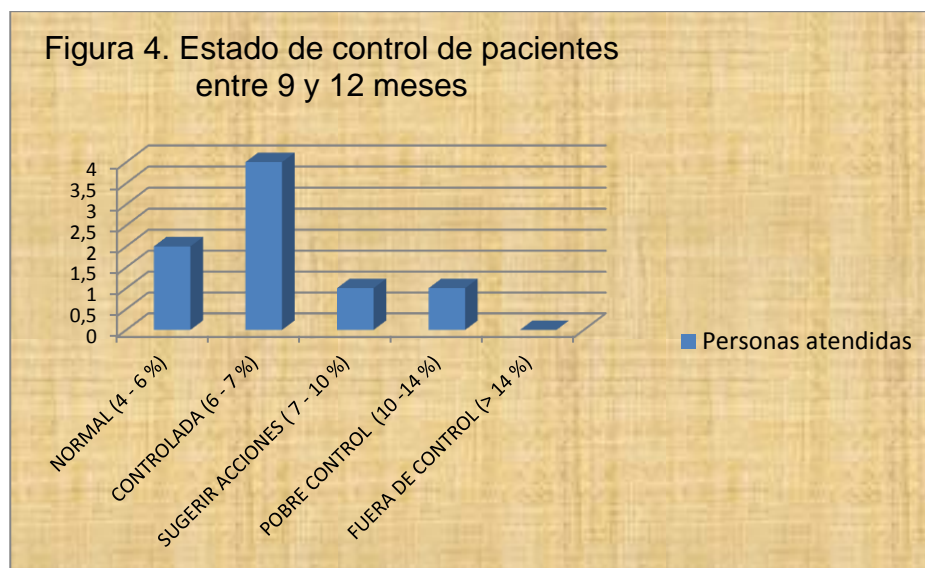
7. 4. 3. Pacientes entre 9 y 12 meses en el programa

Figura 4. Se muestra claramente que durante un lapso mayor, el número de personas controladas aumentó mientras se tuvo 2 con descontrol.

Tabla 9.

Resultados de %HbA1c de pacientes entre 9 y 12 meses

%HbA1c	Pacientes
4-6 %HbA1c (Normal)	2
6-7%HbA1c (Controlado)	4
7-10 %HbA1c (Sugerir acciones adicionales)	1
10-14%HbA1c (Pobre control)	1
>14%HbA1c (Fuera de control)	0

Nota: Número de pacientes que asistían al programa y valores de control

Se puede observar en la figura 4 y en la tabla 9, que en 2 pacientes, se logró que mantuvieran normales sus niveles de %HbA1c. En 4 personas que se evaluaron, presentaron controlada su enfermedad, debido a que arrojaron valores de %HbA1c menores al 7%, lo que indica que sus valores de glucosa fueron menores a 150 mg/dL en los últimos tres meses. Uno presentó niveles en el rango Sugerir acciones y el otro se encontró dentro del rango Pobre control, por lo que hay que fue necesario reforzar la atención disciplinaria y multidisciplinaria, para disminuir sus niveles de glucosa y conseguir controlarlos.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

7. 4. 4. Pacientes entre 13 y 18 meses en el programa

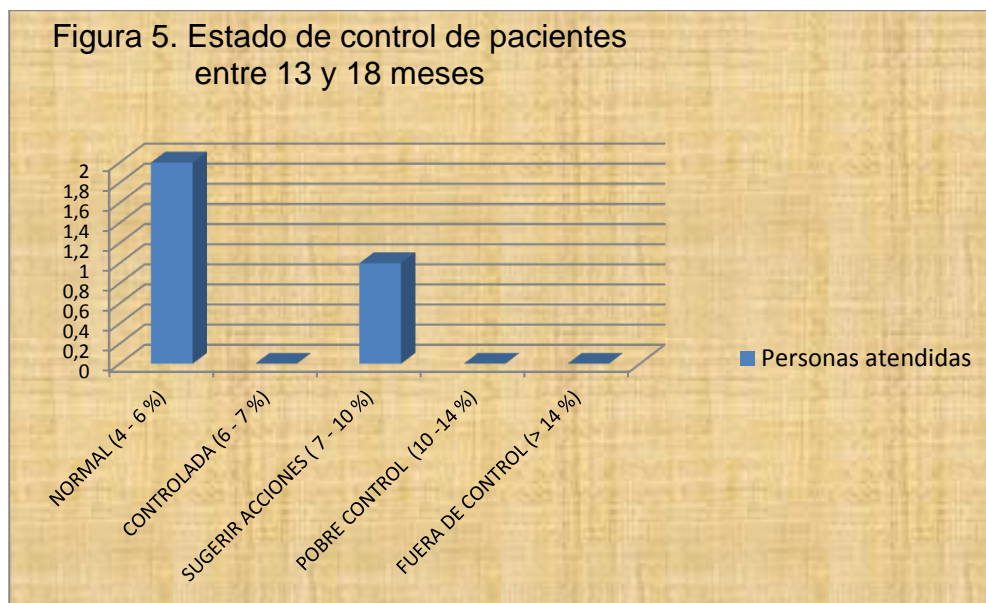


Figura 5. Se muestra en esta gráfica un aumento de controlados mientras solamente 1 esta descontrolado

Tabla 10.

Resultados de %HbA1c de pacientes entre 13 y 18

%HbA1c	Pacientes
4-6 %HbA1c (Normal)	2
6-7%HbA1c (Controlado)	0
7-10 %HbA1c(Sugerir acciones adicionales)	1
10-14%HbA1c (Pobre control)	0
>14%HbA1c (Fuera de control)	0

Nota: Número de pacientes que asistían al programa y valores de control

Se puede observar en la figura 5 y en la tabla 10, que 2 pacientes, presentan rangos normales en sus niveles de %HbA1c. Mientras que solamente uno presentó niveles en el rango Sugerir acciones por lo que se reforzó la atención disciplinaria y multidisciplinaria en esta persona, para disminuir sus niveles de glucosa.

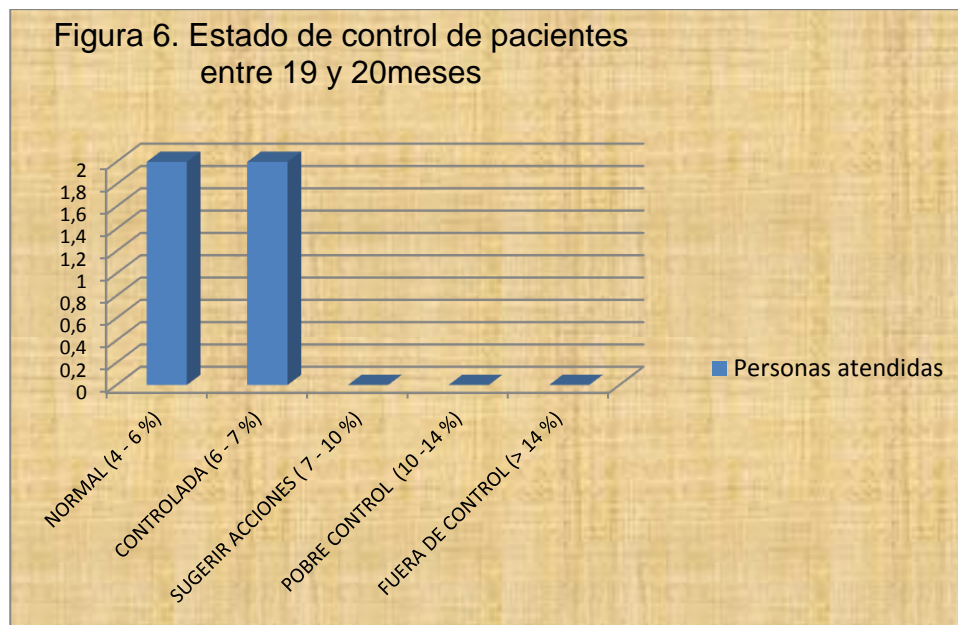
7. 4. 5. Pacientes entre 19 y 20 meses en el programa

Figura 6. Se muestran que en el último lapso todos los pacientes están en un nivel aceptable de control de la DT2

Tabla 11.

Resultados de %HbA1c de pacientes entre 19 y 20 meses

%HbA1c	Pacientes
4-6 %HbA1c (Normal)	2
6-7%HbA1c (Controlado)	2
7-10 %HbA1c (Sugerir acciones adicionales)	0
10-14%HbA1c (Pobre control)	0
>14%HbA1c (Fuera de control)	0

Nota: Número de pacientes que asistían al programa y valores de control

Se puede observar en la figura 6 y en la tabla 11, que en los primeros 2 pacientes, mantuvieron normales sus niveles de %HbA1c. Mientras que en las otras 2 personas evaluadas, se encuentra controlada su enfermedad debido a que arrojan valores de %HbA1c menores al 7%, lo que indica que presentaron valores de glucosa menores a 150 mg/dL en los últimos tres meses.

7. 5. Presentación de resultados individuales

A continuación se realiza el análisis de la situación de salud de cada uno de participantes, considerando su situación inicial, tratamiento y estado final de salud.

Caso 1. La señora Ofelia N., de 66 años de edad, ingresó al Programa DUPAM en marzo de 2007, al realizarle el análisis de glucosa capilar se reportó con un nivel de 130 mg/dL, por lo que se le invitó a inscribirse al programa, para darle tratamiento. En los antecedentes familiares, se encontró que tiene un hermano, de 74 años de edad, que presenta DM2 e Hipertensión Arterial (HTA) con 23 años de evolución, en tratamiento médico.

Cuando se le realizó la historia clínica, se observó que contaba con factores de riesgo para desarrollar diabetes, posteriormente se le informó de los servicios que ofrece el programa, para que asistiera. Y considerando sus resultados de glucosa se le otorgó un plan alimentario y de ejercicios.

La señora Ofelia asistía regularmente al programa, lo cual se reflejó en el control de glucosa y signos vitales. Su participación en las actividades del programa DUPAM fue constante durante los meses abril-julio, pues acudía a consulta médica cada 15 días y a las actividades multidisciplinarias asistió entre 3 y 4 sesiones a la semana a ejercicio físico, lo que permitió llevar un seguimiento de sus signos vitales y la evolución de la diabetes. También asistió a la sesión de “Sensibilización”, la plática “Cuidados para la Salud” y las sesiones de relajación.

La evolución que presentó durante los siguientes meses mostró un logro en la disminución de su glucosa a niveles normales a partir de la tercera semana, sin embargo se presentaron alteraciones ante el fallecimiento de un familiar. Pasado este evento, continuó con niveles normales de glucosa llegando a 90mg/dL, y manteniendo los signos vitales dentro de parámetros normales, presentó aumento de peso, el cual no descontroló los niveles de glucosa, lo que le permitió continuar su tratamiento médico con dieta y ejercicio exclusivamente.

Para el periodo de agosto-diciembre 2007 se observó que los niveles de glucosa capilar se mantuvieron entre 97 mg/dL y 119 mg/dL y la presión arterial se mantuvo entre 120/70mm/Hg y 130/80mm/Hg.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En el periodo enero-diciembre 2008, sus consultas médicas empezaron a ser irregulares, también disminuyó su participación en las rutinas de ejercicio, debido a la enfermedad de su esposo que requirió de hospitalización y cuidados las 24 horas. Es importante señalar que no contaban con algún familiar que les apoyara en el cuidado del señor. Esta situación también se presentó en las otras actividades del programa, por lo que cuando asistía a consulta de medicina, la psicóloga apoyaba dando orientación a la señora.

Desde hace 17 años aproximadamente, su esposo presentó una enfermedad incapacitante por lo que ella asumió el rol de cuidadora y proveedora, esto le dificultó continuar asistiendo a las actividades disciplinarias y multidisciplinarias del programa, sin embargo ella continuó con la consulta médica, la dieta y el ejercicio en casa, llevándose un programa médico de seguimiento y vigilancia, al cual se unía la psicóloga responsable del caso.

En cuanto a la dieta, a su ingreso la Sra. Ofelia presentaba exceso en el consumo de calorías, realizaba dos comidas al día en horario irregular. A los 4 meses de atención en el Programa DUPAM, se caracterizaba por realizar 3 comidas al día, en horarios regulares, aunque persistía el consumo de alimentos con exceso de calorías. Esto se debía a que atendía un puesto de dulces ubicado en la calle.

Así lo demuestra en el %HbA1c, cuando la Sra. Ofelia presentó un buen control de su diabetes al seguir el tratamiento que se le indicó, lo cual se corroboró con los resultados de %HbA1c que presentó en las cuatro tomas de muestra realizadas, donde en noviembre de 2007 obtuvo valores de %HbA1c: 5.8, en febrero de 2008, presentó un %HbA1c: de 5.7, en junio de 2008, sus valores fueron %HbA1c: 5.8, y en diciembre de 2008, los valores fueron de %HbA1c: 5.6. Es importante recordar que el rango de %HbA1c controlada abarca de 6 – 7% HbA1c. De acuerdo con estos resultados, la Sra. Ofelia presentó una diabetes controlada y la microalbuminuria controlada, debido a que se apegaba al tratamiento.

El área de enfermería intervino en la modificación de conductas, que consistió en Escuchar al paciente, Establecer objetivos en común, Identificación de

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

riesgos, Fomentar la auto responsabilidad, Fomentar el auto cuidado, Control por medio de pláticas, también en el ejercicio, Apoyo en la toma de decisiones y Potenciar la autoestima, esto además de que se le tomaban los signos vitales y el nivel de glucosa, cada vez que asistía al DUPAM. Le proporcionó información sobre la dieta que debía de llevar el control por medio de pláticas y talleres, fomento del ejercicio físico y apoyo en la toma de decisiones.

En cuanto al tratamiento odontológico, dadas las condiciones familiares y económicas que presentaba la Sra. Ofelia, no se logró dar ningún tratamiento.

La señora no contaba con condiciones para asistir a asesoría o terapia, no obstante se le asignó una psicóloga, que estuvo pendiente de su evolución además del apoyar al médico en las consultas, esto con el fin de asesorar a la Sra. Ofelia sobre situaciones específicas que se presentaban y que podrían alterar su estado de salud, se determinó indagar las situaciones de estrés y fomentar la comunicación con la pareja, se le apoyó en el caso del fallecimiento de su suegro, situación que tuvo un fuerte impacto en su esposo, lo que agravó la crítica situación de salud del señor e implicó que ella le proporcionara mayores cuidados, apoyo moral y económico para cubrir los gastos del funeral, lo que conllevó a contar con menos tiempo y recursos para su autocuidado, por consecuencia tuvo una elevación mínima en sus niveles glucosa, pero sin salir del nivel de controlado, esto puede observarse en la gráfica 1, donde se observa que su %HbA1c en ese periodo es de 5.8.

En la figura. 7, se muestra la primera, segunda, tercera y cuarta toma de %HbA1c que tuvo 5.8, 5.7, 5.8 y 5.6 quedando en el nivel de normal de control glucémico, cabe destacar que tuvo una situación negativa existiendo alteración ante el fallecimiento de un familiar; sin embargo su nivel de glucosa no mostró inestabilidad; posterior a esta situación sus niveles son normales.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Figura 7. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Ofelia

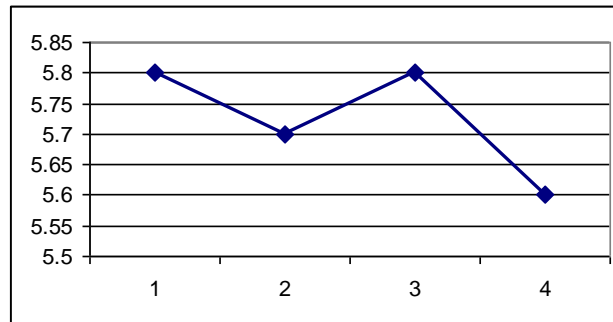


Figura 7. Resultados de la Sra. Ofelia de %HbA1c. (1) Nov-07, (2) Feb-08, (3) Jun-08 y (4) Dic-08

Caso 2. El Sr. José N., es una persona con 63 años de edad, ingresó al Programa DUPAM en abril de 2007, con un tiempo de evolución de la diabetes de 5 años. No tiene antecedentes familiares diabéticos. Acudió al programa DUPAM para solicitar ayuda en la realización de ejercicio físico, por lo que se decide su ingreso para control de DT2, rutina de ejercicio y se otorga plan alimentario.

Al realizarle la historia clínica, se encontró que padecía enfermedades que ponían en riesgo su estado de salud como: neurocisticercosis, crisis convulsivas secundarias, hipertensión arterial sistémica y recibía tratamiento por neurología y control en la UMF No. 75 del IMSS.

En cuanto a la evolución, debido a las condiciones del paciente, tuvo que continuar con control por parte de Medicina Interna y el servicio de Neurología del IMSS para una atención integral de sus patologías. Se solicitó las notas previas para el conocimiento de las condiciones del paciente, se inició rutina de ejercicio de bajo impacto, (tipo rehabilitación) por la hemiparesia faciocorporal derecha, era acompañado y transportado en silla de ruedas por su esposa.

Hace 17 años aproximadamente, sufrió neurocisticercosis con secuela de la hemiparesia faciocorporal derecha, por lo cual necesitaba el apoyo de su esposa para poder moverse y satisfacer sus necesidades básicas. En el periodo abril – julio 2007, su asistencia a los programas de ejercicio, talleres, relajación fue constante, posteriormente fueron nulas, debido a que presentó pielonefritis, ameritando hospitalización y colocación de sonda foley a permanencia, la cual le impidió asistir al programa DUPAM, sin embargo, el área de medicina continuó

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

dándole atención. Para el periodo de agosto 2007 – diciembre 2008, se observó que los niveles de glucosa capilar se mantuvieron entre 145mg/dL y 110mg/dL y la presión arterial 130/90mm/Hg y 140/80mm/Hg.

En noviembre de 2007, los niveles de hemoglobina glucosilada se encontraban en %HbA1c6.7%, considerándolo dentro de los parámetros controlados, sin embargo los triglicéridos se encontraban elevados 268 mg/dL, de esta forma se modificó la dieta, y el tratamiento médico. En febrero de 2008, sus niveles fueron de %HbA1c: 6.4, esto significaba, que se encontraba en parámetros controlados, para junio de 2008, presentaba niveles de %HbA1c: 7.2, la cual se encontraba alto, esto se asoció con la infección que presentaba. Para diciembre de 2008, %HbA1c: 6.6 es decir con valores de controlado y además era menor al % que presentó en la muestra anterior. Esto aunado a que para la toma del medicamento prescrito requería ser apoyado por su esposa, quien no sabía leer ni escribir y solo se guiaba por colores, los cuales llegaba a confundir, suministrando el medicamento de forma errónea y en horarios distintos a los establecidos, pues además la señora atendía un puesto de dulces.

En cuanto a la dieta, a su ingreso el Sr. José presentaba exceso de consumo de calorías, realizaba solo 2 comidas en horario irregular, a los cuatro meses de atención en el programa DUPAM, el señor modificó su forma de alimentación a 3 comidas en horarios regulares. Aunque persistía el exceso en el consumo de calorías.

En el área de enfermería se programó el tratamiento, con base en los problemas identificados como el Deterioro de la movilidad física, Deterioro de la habilidad para la traslación, Deterioro de la deambulaci3n, Deterioro de la comunicaci3n verbal, Fatiga, Estreñimiento y Deterioro de la dentici3n. Para el periodo agosto–diciembre se logró la modificaci3n de conducta además de la proporci3n de informaci3n para la dieta, control por medio de pláticas, se le proporcionó ayuda en la modificaci3n de sí mismo, el fomento de ejercicio y apoyo en la toma de decisiones.

En cuanto al tratamiento odontológico, tuvo una asistencia nula la raz3n de ello, es su estado de salud y su precaria situaci3n económica.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En la atención psicológica, al inicio mostró irregularidad en las citas así como el incumplimiento de las tareas asignadas. Se tuvo una interrupción en el tratamiento debido al fallecimiento de su padre, reanudó la asistencia al programa mostrando motivación para continuar la atención psicológica. Se le determinaron secuelas de neurocirugía cuyas consecuencias fueron hemiplejia derecha faci corporal, inadaptación a su situación e insatisfacción sexual. Anteriormente había recibido tratamiento psicológico sin resultados satisfactorios.

Se trabajó en la aceptación de su enfermedad, su co-dependencia y se realizó la intervención del duelo. Se manejaron sus ideas irracionales, otorgar el perdón a su padre y fomentar la comunicación con su pareja.

Los problemas más severos que presentó el Sr. José, son los de Depresión, Duelo, Problemas Interpersonales, Ansiedad y Estrés, los cuales están relacionados con la pérdida de la salud, ya que al presentarse en el DUPAM padecía neurocisticercosis, hemiparesia faci corporal derecha, y el reciente diagnóstico de DT2 y la muerte de su padre; le provocaban sentimientos de inutilidad lo que generó problemas moderados en: relaciones interpersonales con esposa e hijos, así como falta de asertividad.

Se observa en la figura 8, los altibajos de sus niveles de glucosa.

Figura 8 Gráfica de %HbA1c del Sr. José

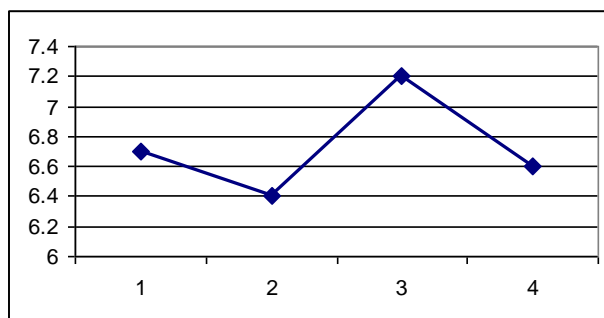


Figura 8. Resultados del Sr. José de %HbA1c. (1) Nov-07, (2) Feb-08, (3) Jun-08 y (4) Dic-08

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Caso 3. El señor Porfirio N., persona con 78 años de edad; ingresa al programa en marzo de 2007 sin antecedentes familiares de DT2. Se inscribió al programa DUPAM.

Al realizar la historia clínica se encontró que no presentaba riesgos de padecer enfermedades crónicas degenerativas sin embargo cuenta con factores de riesgo como sobrepeso y descontrol de tensión arterial por lo que continua en vigilancia para prevención de diabetes e hipertensión arterial. En las sesiones de relajación tuvo asistencia constante en el primer periodo, en el segundo y tercer periodos su asistencia a relajación fue irregular y en la cuarta fue nula. En las actividades físicas su participación fue constante.

En cuanto a la dieta, el señor presentaba horario irregular, exceso de consumo calorías y antojitos durante los primeros cuatro meses de atención en el programa DUPAM. Posteriormente sus hábitos alimenticios eran con horario regular y continuaba con exceso de caloría y antojitos. Es importante señalar que el Sr. Porfirio vive solo, lo que dificultaba que siguiera una dieta, pues comía en la calle.

En la evolución del señor Porfirio, mostró constancia en sus citas a las revisiones médicas, así como en los programas multidisciplinarios que a continuación se describen: en el primer periodo febrero – julio 2007 su asistencia en pláticas y talleres fueron regulares y en las actividades de ejercicio fue constante. En el segundo periodo agosto 2007 – enero 2008 la asistencia igual que en la anterior, en el tercer y cuarto periodo la asistencia en los ejercicios fue constante y en las pláticas y talleres fueron nulas. En los convivios fueron constantes sus participaciones.

En torno a las tomas de glucosa, para el periodo agosto – diciembre 2008 tuvo resultados dentro de parámetros normales de glucosa entre 103mg/dL – 76mg/dL, y en la T. A. entre 120/70mm/Hg y 130/90mm/Hg también estuvo en los parámetros normales, continuó bajo vigilancia y su tratamiento a base de ejercicio.

En enfermería se trabajaron los problemas identificados como Conductas no generadoras de salud, Conflicto de decisiones, Conocimientos deficientes, Deterioro de la dentición, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Deterioro del

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

patrón del sueño y Riesgo de soledad. Se intervino en potenciación de la autoestima, de la socialización, fomento del ejercicio y de la imagen corporal.

En el área de Medicina, al señor Porfirio se le realizaron tres glucometrías las cuales se mantuvieron en rangos normales, sus signos vitales se mantuvieron estables, perdió 500 gr. en 4 meses, continuó bajo dieta y ejercicio. En su primera toma de hemoglobina de noviembre 2007 tuvo un %HbA1c: 5.7, el cual se encontró en los parámetros normales.

Sus signos vitales estuvieron dentro de los parámetros normales, lo cual se reflejó en niveles de glucosa normales ya que su segunda toma mostró un %HbA1c fue de 5.5. En su tercera toma de %HbA1c fue de 5.7 aunque no presentó niveles altos, se dio seguimiento por tener factores de riesgo.

En el último periodo acudió regularmente a la atención médica, la cual se reflejó en sus niveles de glucosa y los análisis de hemoglobina el cual resultó como %HbA1c 5.4 es decir, normal. Sin embargo se le dio seguimiento por sus factores de riesgo.

Odontología: La asistencia fue irregular en esta área. Inicialmente asistió al servicio para la adhesión de su placa, a la exploración intraoral presentó anodoncia parcial y prótesis desajustada. Posteriormente dejó de asistir por motivos económicos.

El señor Porfirio no asistió al servicio de Psicología que se ofrecía en el DUPAM, sin embargo, como se muestra en la figura 9, en las cuatro tomas de hemoglobina tuvo como resultado un nivel de normalidad.

Figura 9. Gráfica de %HbA1c del Sr. Porfirio

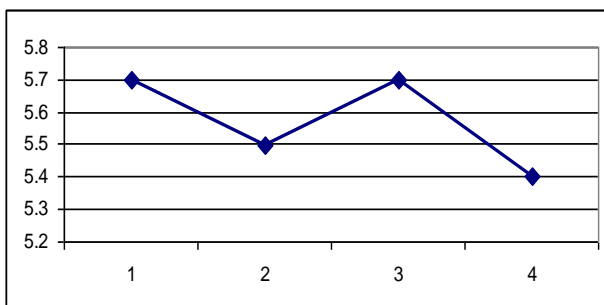


Figura 9. Resultados del Sr. Porfirio de %HbA1c. (1) Nov-07, (2) Feb-08, (3) Jun-08 y (4) Dic-08

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Caso 4. La señora Ángela N., es una persona con 66 años de edad, ingresa al programa el 8 de agosto de 2007. Con una evolución de 5 años con diabetes en tratamiento con hipoglucemiantes orales, se refiere asintomática, ingresó al programa para control y vigilancia de su glucosa. En antecedentes familiares tuvo una hermana con DM2 de 50 años de edad finada.

Al realizarle la historia clínica, se observó que padeció parálisis facial hace 5 años post-estrés. A su ingreso su glucosa fue de 140 mg/dl, el cual era variable debido a problemas familiares que le generaban estrés y elevación considerable de su glucosa. Durante su estancia en el programa DUPAM logró mantener sus niveles de glucosa, continuó en vigilancia y control de glucosa.

Asistió regularmente al programa, lo cual se reflejó en el control de glucosa y signos vitales que mantuvo estables, por lo cual se disminuyó la ingesta de medicamento. En cuanto a la dieta al ingresar al programa DUPAM presentaba exceso de calorías, realizaba de 3 a 4 comidas en horario irregular. A los cuatro meses de atención se le permitió un cierto consumo de calorías según su IMC, realizaba de 3 a 4 comidas en horario regular. Con respecto a los programas multidisciplinarios tuvo una participación regular en todos ellos (Sensibilización, Ejercicio, Relajación, Talleres y Convivios).

En el área de enfermería se identificaron los siguientes problemas: Manejo efectivo del régimen terapéutico, Deterioro de la dentición, Riesgo de intolerancia a la actividad, Análisis de la situación sanitaria, Educación sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Identificación de riesgos, Vigilancia y modificación de conductas. En la intervención de la misma área se le dio asesoría sobre la dieta que debe de llevar, el fomento de modificación de sí mismo, fomento del ejercicio, monitorización de signos vitales.

La Sra. Ángela fue constante a sus citas médicas, así como en la actividad de ejercicio físico, se integró un nuevo diagnóstico: Gonartrosis bilateral, para cual se le dio tratamiento médico, presentó niveles de glucosa dentro de los parámetros normales, por lo cual se decidió disminuir su medicamento. Sin embargo en el periodo febrero – julio hubo una inestabilidad con respecto a sus

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

niveles de glucosa, esto a causa de problemas familiares, mientras su T. A. osciló entre 140/80mm/Hg y 110/80mm/Hg.

En cuanto a sus niveles de hemoglobina: El resultado del primer análisis de %HbA1c que se realizó en noviembre 07 fue de 6.8, colocándola en los parámetros de control, asimismo se observó su adherencia al tratamiento del programa.

Sin embargo, su segundo registro de análisis de hemoglobina fue de un %HbA1c 7.2, el cual reflejaba que estaba por arriba del parámetro de controlado, lo que indica que no seguía su tratamiento. En la toma de junio del mismo año la Sra. Ángela presenta un %HbA1c de 7.0, dentro de los niveles que se consideran aceptables, sin embargo se hizo hincapié en medidas higiénico-dietéticas para disminuir aún más los valores de glucosa.

No obstante en el 4º análisis de %HbA1c fue de 6.4, que refleja un control de su diabetes, por la cual, la Sra. Ángela presenta un %HbA1c menor al de las etapas anteriores lo que indicaba que siguió su tratamiento adecuadamente. A pesar de que la hemoglobina glucosilada fue disminuyendo, se le insistió en el apego al tratamiento.

Área de Odontología. Con asistencia regular, inicialmente en la exploración presentaba periodontitis, caries 1º, 2º y ausencia de los dientes 11 y 12. Posteriormente se realizó profilaxis, raspado y curetaje. Extracciones de los dientes 37 y 38. Hubo suspensión del tratamiento por problemas personales. Continuó con el tratamiento realizando solo una resina y colocando prótesis provisional de los dientes 11 y 12, por lo que se concluyó el saneamiento básico y la rehabilitación protésica se pospuso por cuestiones económicas.

En la atención psicológica, a su ingreso refirió problemas en cuanto a la muerte por asesinato de su hijo hace seis años, situación que aún no había superado. Comentó también sentirse enojada por la infidelidad de su ex esposo hace ocho años, situación que le incomodaba porque tenía que verlo diariamente y no había podido perdonarlo. Se detectó duelo no resuelto, el cual se evaluó como severo, depresión que es evaluada como moderada, se había aislado, situación que le causo muchos problemas interpersonales, los cuales se evalúan

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

como severos, dichos problemas fueron con sus hijas y yernos; y como consecuencia a las situaciones anteriormente citadas, la ansiedad y estrés se han incrementado a un nivel moderado, así pues los problemas de asertividad con respecto a la forma de resolver los problemas con sus hijos también están presente de manera leve.

Se detectaron problemas familiares, síndrome del nido vacío negado e inseguridad. Se utilizaron técnicas para el proceso de duelo, técnicas de asertividad para mejorar sus relaciones familiares, fomento de autoestima y ayuda en el divorcio emocional.

Por otro lado se identificó que sufrió de violencia, evaluada como moderada debido a que la persona que la violentaba ya no forma parte de su vida. La señora asistía a terapia psicológica y manifestaba sentirse muy bien de salud, indicó haber alcanzado la mayor mejoría posible, por lo que solicitó que las sesiones psicológicas fueran cada quince días. Al final se hizo una evaluación y presentaba solamente el problema de duelo con un nivel de intensidad leve.

Continuó la etapa de seguimiento con otra psicóloga y se observaron situaciones moderadas con respecto a problemas en relaciones interpersonales, principalmente con las hijas, por otro lado, los problemas de Asertividad, Depresión, Duelo y Ansiedad y Estrés como problemáticas se encontraron de manera leve. Al concluir el periodo agosto de 2008, solo presenta niveles moderados de problemas interpersonales, sin embargo se continuó trabajando, y al finalizar el 2009, sus problemas interpersonales bajaron a niveles leves sin embargo debido a las fiestas navideñas presentó depresión con un nivel leve al recordar a su hijo que falleció en esa época.

En la figura 10, se observa que en la primera toma de los análisis de hemoglobina tuvo como resultado 6.8 %HbA1c con un nivel controlado, pues en éste periodo se presentó un acontecimiento negativo, el recuerdo de la muerte de su hijo y el enojo con su ex esposo. En la segunda toma se reflejó con un nivel de "sugerir acciones". Durante este periodo presentó problemas interpersonales con respecto en la relación con sus hijas y sus respectivas parejas, además mostró depresión por el recuerdo de la muerte de su hijo en las fiestas navideñas. Ya en

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

la tercera toma bajó a un nivel “controlado” ya que se trabajó en sus relaciones interpersonales y con el proceso de duelo. En la cuarta toma presentó un nivel “controlada”, esto como consecuente al trabajo realizado en el proceso de duelo ante la pérdida del hijo.

Figura 10. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Ángela

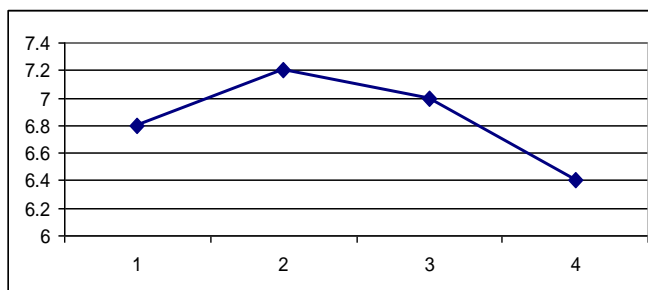


Figura 10. Resultados de la Sra. Ángela de % HbA1c. (1) Nov-07, (2) Feb-08, (3) Jun-08 y (4) Dic-08

Caso 5. La señora Consuelo N., persona con 75 años de edad, acude a consulta por cuenta propia, ingresa al programa en septiembre de 2007, con antecedente de diabetes de 27 años de evolución.

Al realizar la historia clínica se encontró que previo a su ingreso presenta datos de hipoglucemia, por lo que se ajustaron dosis de medicamentos obteniendo mejoría, sin embargo no llevó a cabo el tratamiento dietético por lo que se insistió en la importancia de ello y se solicitó apoyo psicológico. Trató de incorporarse a las actividades del programa a pesar que se le dificultaba seguir la dieta, también se le insistió en la importancia en la dieta para control de glucosa.

Con respecto a su evolución en el programa DUPAM, asistió regularmente a los programas disciplinarios. En los programas multidisciplinarios su participación fue irregular como en el ejercicio, relajación y talleres. Al ingreso de la señora se observó con un hábito alimenticio en horario irregular y exceso de calorías, a los cuatro meses de tratamiento modificó sus hábitos alimenticios a un horario regular y disminución de antojitos. A pesar que sus niveles fueron inestables, con el apoyo de la familia se logró disminuir sus niveles de glucosa a 98 mg/dl. Además de que su T.A. osciló entre 140/80mm/Hg y 130/80mm/Hg.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En el área de enfermería se identificaron problemas como Baja autoestima situacional, Mantenimiento inefectivo de la salud, Estreñimiento o riesgo de conductas no generadoras de salud, Identificación de riesgos, Conocimientos deficientes, Manejo inefectivo del régimen terapéutico y Modificación de conductas. Y se intervino de la siguiente manera: Dar asesoría dietética, Fomentar o ayudar en las modificaciones de conducta, Establecer objetivos junto con el paciente, Proporcionar información adecuada al nivel del desarrollo del paciente y Repetición de la información importante.

En el área de Odontología su participación fue regular. Acudió a servicio odontológico por la necesidad de tratamiento; a la exploración intraoral presentó caries de 1er grado en dientes 35 y 45, en la arcada superior 14, en la arcada inferior presenta ausencia de los dientes 31, 32, 36, 37, 41, 42, 46, 47 y 48, Se realizó historia clínica, profilaxis y toma de modelos para realizar prótesis parcial superior, se suspende tratamiento debido a periodo vacacional. Posteriormente se le citó y no asistió. Se motivó a la paciente a través del servicio de psicología, a que continuara con su tratamiento.

Con respecto a los niveles de hemoglobina, los resultados del análisis de noviembre 07, la paciente presentó un %HbA1c de 6.8, lo que indicaba una diabetes controlada ya que se traduce en valores de glucosa alrededor de 120 mg / dL en lo que correspondió a los tres meses anteriores a la prueba lo cual es un valor aceptable. Aún cuando la paciente presentó glucosa fuera de los valores de referencia (70 – 110 mg/dL), al manejar adecuados niveles de hemoglobina glucosilada, albúmina/creatinina, nos indicaba que la Sra. Consuelo en ese periodo, tuvo un buen control de su diabetes al seguir el tratamiento que se le indicaba.

Dejó de asistir debido a problemas familiares (con su esposo) además de que su trabajo como maquiladora, hacía más difícil su participación dentro del programa. Sin embargo, acudió nuevamente para valoración; los resultados de los análisis de febrero 08 el %HbA1c fue de 8.9 esto indicaba que no había seguido adecuadamente su tratamiento debido a que presentó valores de %HbA1c

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

mayores a los que mostró en la etapa anterior, por lo que se debían tomar medidas adicionales para mejorar sus niveles de glucosa.

En atención psicológica, a su ingreso refirió tener conflictos con una vecina, con quien tuvo enfrentamientos verbales. También comenta tener problemas con su esposo y otro aspecto severo es su ansiedad y estrés, esto se debía por la continua preocupación de las complicaciones de la Diabetes.

Se utilizaron técnicas para la resignificación de concepto de vejez, técnicas de asertividad enfocadas en aprender a manejar los conflictos, sensibilización para mejorar sus hábitos alimenticios y como ayuda en la adherencia médica terapéutica así como relajación muscular progresiva.

La evolución en la atención fue la siguiente: mostraba apatía y poco interés al cambio, su motivación hacía la terapia se vio limitada por su estado de ánimo. Consecuentemente no se obtuvieron cambios significativos. Era inconstante en la terapia debido a la dificultad en sus horarios laborales, además presentaba problemas en su vista y en su salud en general, suspende su terapia y se le propone un cambio de terapeuta, sin embargo deja de acudir a Psicología y posteriormente al programa DUPAM.

En la siguiente figura 11, se muestra la primera toma de %HbA1c, la señora tuvo un nivel de 6.8 es decir controlado; a su ingreso refirió conflictos con una vecina y con su esposo. En su segunda toma muestra un %HbA1c de 8.9, un nivel más alto que el anterior es decir el de “sugerir acciones”; en este periodo la paciente muestra apatía y poco interés al cambio, su motivación hacía la terapia se ve limitada por su estado de ánimo.

Figura 11. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Consuelo

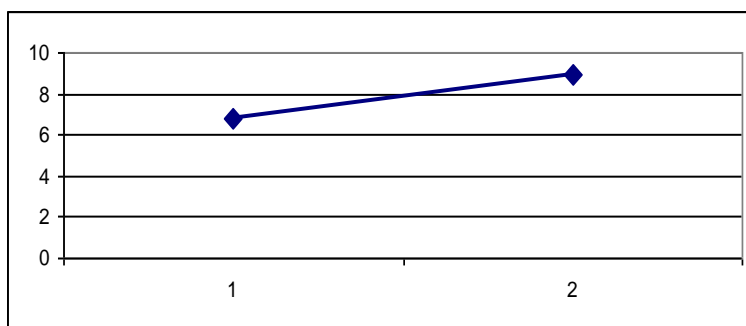


Figura 11. Resultados de la Sra. Consuelo de %HbA1c. (1) Nov-07 y (2) Feb-08

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Caso 6. La señora Josefina N., persona con 64 años de edad, ingresa al programa el 22 de febrero de 2008; con una evolución de 8 años con diabetes tratada con hipoglucemiantes orales e hipertensión arterial. No cuenta con antecedente familiares de diabetes pero si con HTA.

Al realizarle la historia clínica se observó que su alimentación no era adecuada y no tenía un control de su diabetes. Es por ello que se decidió su ingreso al programa para control médico y apoyo psicológico. En las actividades multidisciplinarias tales como: ejercicio, talleres y relajación su participación fue irregular, salvo en los convivios donde asistía.

Durante su evolución en el programa acudió a todas sus consultas médicas, siguiendo la dieta lo cual se demostraba en los signos vitales y tomas de glucosa que se encontraban dentro de los parámetros normales. Tuvo una buena participación, llevando a cabo el tratamiento médico, dieta y ejercicio en su casa, lo cual se ve reflejado en sus niveles de glucosa y signos vitales dentro de los parámetros normales. Sus niveles de T. A. se mantuvieron entre 130/90mm/Hg y 110/70mm/Hg y niveles de 105mg/dL y 91mg/dL.

De acuerdo a los análisis de junio 08 el %HbA1c fue 6.9, la Sra. Josefina presentó una diabetes controlada por lo que debía llevar adecuadamente el tratamiento para mantener y/o disminuir sus niveles de glucosa. En cuanto al análisis realizado en diciembre 08 el %HbA1c fue de 6.7 y de acuerdo con el resultado la Sra. Josefina presentaba una diabetes controlada por lo que tenía que seguir adecuadamente el tratamiento para mantener y/o disminuir sus niveles de glucosa, en cuanto al valor de A/C se encontraba dentro de los valores normales.

En el área de enfermería se identificaron los problemas de Incumplimiento del tratamiento, Mantenimiento inefectivo de la salud, Estreñimiento o riesgo de conductas no generadoras de salud, Identificación de riesgos, Vigilancia, Conocimientos deficientes, Manejo inefectivo del régimen terapéutico y Modificación de conductas.

Se intervino sobre el Fomento en la toma de decisiones, Ayuda en la modificación de sí mismo, Educación sanitaria, Enseñanza de ejercicios, Dieta y medicamentos, Fomento de la participación activa del paciente y Manejo de la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

nutrición. No obstante, tuvo una asistencia irregular al DUPAM por tener que cuidar a sus nietos, por lo que a pesar de haber realizado la valoración no se tuvo la oportunidad de trabajar con ella.

En el área de Odontología se mostró con una asistencia irregular. Inicialmente presentaba caries de 1er grado en dientes 35 y 45, en la arcada superior 14, en la arcada inferior presentaba ausencia de los dientes 31, 32, 36, 37, 41, 42, 46, 47 y 48. Se le realizó profilaxis y toma de modelos para prótesis parcial superior.

En cuanto a la atención psicológica, la Sra. Josefina inició sus terapias en el periodo febrero – julio 2008, observando problemas de ansiedad y estrés y depresión de carácter severo, ya que refería tener miedo de que sus niveles de glucosa se elevaran a causa de sus problemas familiares, además de que se sentía muy deprimida.

La consultante refirió la necesidad de que alguien la escuche y que mejor *“que una persona especialista como la psicóloga”*, así como también solicitaba la ayuda para llevar un control de su azúcar, realizó ejercicio en casa y era muy estricta en su alimentación, mantuvo sus niveles de glucosa controlados. Se detectó depresión, ansiedad y estrés, problemas moderados en relaciones interpersonales, la causa de su depresión se debe a que *“se siente muy sola y triste porque sus hijos no la visitan y los que viven con ella ni agua le ofrecen”*, además tenía y debía de cuidar a dos nietos y con esto se sentía muy cansada.

La Sra. Josefina llevó al pie de la letra las instrucciones psicológicas, practicó la relajación en cada sesión, logró controlar su depresión y sus niveles de glucosa. Necesitó focalizar la intervención con respecto en su percepción de cuidadora, ya que aprendió a delegar las responsabilidades a sus hijas, darse la oportunidad de compartir con su pareja, aprendió a equilibrar entre el trabajo y el descanso, sin embargo la costumbre de cuidar a sus nietos y la poca asertividad en la relación con su hija, le impidió seguir al programa.

En la figura 12, la primera toma obtiene como resultado un nivel de %HbA1c de 6.5, controlada, durante este periodo la señora refirió la necesidad de sentirse escuchada, así como la ayuda al control de su azúcar; ella realizaba

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

ejercicio en casa además de ser muy estricta en su alimentación. En la segunda toma tiene como resultado un nivel de %HbA1c de 6.7 es decir, “controlada”, en este periodo no asistió a los servicios del programa por no estar disponible ya que cuidaba a sus nietos por más tiempo.

Figura 12. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Josefina

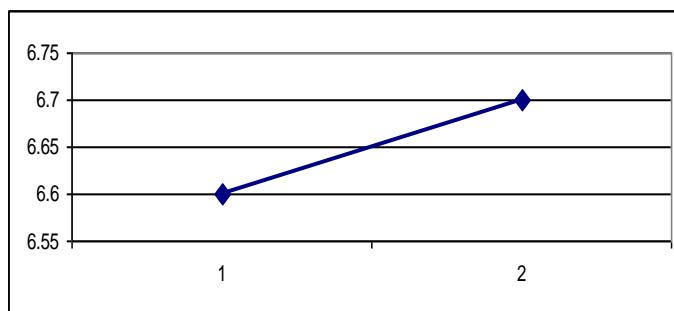


Figura 12. Resultados de la Sra. Josefina de %HbA1c. (1) Jun-08 y (2) Dic-08

Caso 7. El señor Mario N., persona con 75 años de edad, ingresa al programa en abril de 2008, con una evolución DT2 desde hace 23 años, controlada con Insulina, cuenta con antecedentes de familiares con DT2, padre finado DT2, alcoholismo, bloqueo de rama derecha del haz de his (nódulo donde pasa el impulso del corazón), se decide su ingreso al programa para control médico y apoyo psicológico.

Al realizarle la historia clínica se observó que padecía también de HTA, depresión, estreñimiento crónico. Además de que no llevaba una alimentación sana, no tener controlado su nivel de glucosa y no tomar sus medicamentos a la hora prescrita por su médico del IMSS.

La evolución que presenta el señor durante su estancia dentro del programa es la siguiente: bajó sus niveles de glucosa (de 200 mg/dL a 159 mg/dL), con signos vitales como la T.A. 150/90mm/Hg a 130/80mm/Hg dentro de los parámetros normales, mejoró su situación actual en cuanto a la depresión con la que ingresó. Aunque algunas veces dejó de tomar sus medicamentos por decisión propia y consultando varias opiniones médicas.

Para el periodo febrero – julio 2008 la participación que tuvo dentro de los programas multidisciplinarios fue constante como en ejercicio, sensibilización,

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

talleres, relajación. Ya en el periodo agosto–diciembre 2008, su participación en ejercicios fue constante y en las demás fue nula. En los convivios su participación fue constante.

En cuanto al % de HbA1c fue de 8.6 (junio 2008), por tanto, presentó una diabetes no controlada por lo que debía seguir el tratamiento para disminuir sus niveles de glucosa. Posteriormente, el señor Mario consultó a un médico privado, el cual disminuyó la dosis de insulina, por lo que los niveles de glucosa se elevaron, %HbA1c fue de 12.2, se le explicó que no se podía disminuir la dosis de insulina hasta que estuviera controlado.

En el área de enfermería se le identificaron los siguientes problemas como: Manejo inefectivo de la salud, Incumplimiento del tratamiento, Baja autoestima situacional, Deterioro de la interacción social, Estreñimiento o riesgo de conductas no generadoras de salud, Conflicto de decisiones, Deterioro del patrón del sueño y Ansiedad. Se intervino con lo siguiente: asesoramiento de la dieta, fomento y ayuda en las modificaciones de conducta, fomento de la participación activa del paciente y la repetición de la información importante.

Con asistencia irregular en el área de odontología. Presentó inicialmente gingivitis moderada generalizada, caries de 1er y 2º grado (12, 14, 15, 18, 36, 38, 44). Anodoncia parcial (16, 17, 26, 27, 35, 37, 44,46, 47). Se realizó raspado y alisado de las dos arcadas. Dejó de asistir por motivos de salud.

En atención psicológica, se estableció que tiene una historia de estreñimiento de nueve meses que no cede ante el tratamiento farmacológico, generándole sensaciones de ansiedad, no se muestra muy constante en la administración de los medicamentos y en la ingesta de alimentos que le favorezcan la digestión. Presentó ansiedad y estrés en niveles severos y problemas interpersonales en nivel moderado estos dos problemas se relacionaron entre sí ante su problema de estreñimiento, no poder dormir tranquilamente, además de presentar niveles de glucosa altos. Se trabajó en la información y complicaciones de su malestar para que tomara conciencia.

Por lo anterior, le generaba molestia y con ello descargaba su furia contra su esposa, sin embargo ella no respondía a las agresiones. La forma en la que se

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

relacionaba con su esposa manifestaba un problema moderado en el área de asertividad. Se trabajó en la asertividad, con resultado poco positivo. Al final del periodo en los problemas asertivos hacia su pareja disminuyeron a leves; así mismo sus niveles de ansiedad y estrés también descendieron a moderados.

Se trabajó en el concepto de su persona como una persona de mayor edad y las complicaciones que tenía su organismo cuando se alimentaba sin algún cuidado. Durante su asistencia, refirió que ingería los medicamentos en los horarios prescritos y a pesar de que no le gustaba la verdura ya la consumía regularmente, aunque se quejaba por no consumir carne. Posteriormente, las evacuaciones se presentaron con regularidad generándole sensación de alegría y confort, incluso aceptaba que no siempre había atendido las instrucciones médicas. Para diciembre de 2008, concluyó con problemas moderados de ansiedad y estrés, así como problemas leves en relaciones interpersonales y asertividad, esto debido a que su asistencia no fue constante.

En la figura 13 se muestra que en la primera toma del análisis obtuvo un resultado de 8.6 el cual está en el nivel de “sugerir acciones”. En este periodo la persona presentó una historia de estreñimiento de nueve meses que no cede ante el tratamiento farmacológico, generándole sensaciones de ansiedad, no mostraba constancia en la administración de los medicamentos ni en la ingesta de alimentos que le favorecían a la digestión. Sin embargo, al final de este periodo terminó por ingerir los medicamentos en los horarios que se le prescribían y a pesar de que no le gustaba la verdura ya la consumía. En la segunda toma de los análisis tuvo como resultado 12.2 esto quiere decir que se encontraba en el nivel de “pobre control”; en este periodo, indicó sentirse bien, razón por la cual pudo obrar, comer sin tener miedo y dormir bien pero su nivel de glucosa aumentó debido a que el señor Mario consultó a un médico privado, quien disminuyó la dosis de insulina, por lo cual los niveles de glucosa se elevaron.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Figura 13. Gráfica de %HbA1c del Sr. Mario

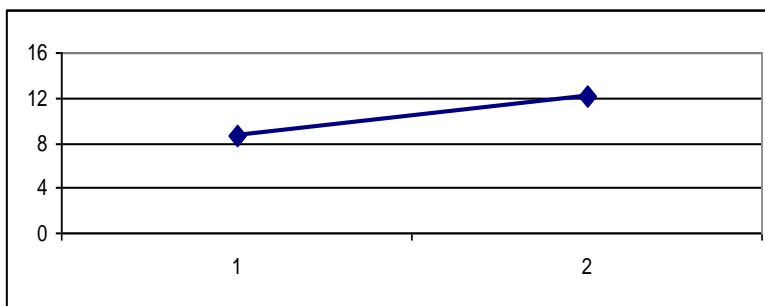


Figura 13. Resultados del Sr. Mario de %HbA1c. (1) Jun-08 y (2) Dic-08

Caso 8. La señora Gabina N., persona con 65 años de edad, ingresa al programa en abril de 2008, con una evolución de la enfermedad de 11 años, controlada con hipoglucemiantes orales, al momento se refería asintomática cuenta con antecedentes de familiares con DT2 un hermano de 73 años de edad y hermana de 60 años de edad.

Al realizarle la historia clínica se observó que contaba con factores de riesgo, asimismo no llevaba a cabo una buena alimentación ni un buen control de sus niveles de glucosa por escaso conocimiento de la enfermedad.

La evolución de esta persona durante su asistencia al DUPAM en el periodo abril – julio 2008, es que hubo elevaciones de glucosa, se le explicó los beneficios de tenerla dentro de parámetros normales a lo que se observó disminución de la misma. Su participación en los diferentes programas multidisciplinarios como: ejercicio, sensibilización, talleres y relajación fue constante en este periodo. Ya en el periodo agosto–diciembre 2008 su participación disminuyó porque tenía que cuidar a su nieta. Su T. A. osciló entre 130/80mm/Hg y 120/70mm/Hg y sus niveles de glucosa fueron inestables.

En el área de enfermería se identificaron los siguientes problemas: Identificación de riesgos, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Incumplimiento del tratamiento, Conflicto de decisiones, Modificación de conductas y conocimientos deficientes. La intervención de esta disciplina no se concretó pues la señora señaló no contar con tiempo para asistir a las sesiones.

Su asistencia fue nula en el área de odontología.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Por otro lado, en la atención psicológica, la señora menciona no tener problema alguno, sin embargo al indagar más, resaltó tener problemas con su marido, por los celos de éste, lo cual le generaba una autoestima desequilibrada, traduciéndose en cierto grado de tristeza, ansiedad y estrés por los comentarios de su marido (violencia) y poca asertividad, ya que deja de hacer cosas por satisfacerlo.

Se presentó a las diversas pláticas y convivios realizados en el programa. Fue constante en los ejercicios. Al ser evaluada en psicología, se detectaron problemas de asertividad, ansiedad y estrés y problemas interpersonales en el nivel severo, al finalizar se mantuvo en mayor medida el problema de asertividad y en un nivel menor la ansiedad, estrés y problemas interpersonales, pues su asistencia fue escasa.

En la figura 14, la primera realización de análisis obtuvo como resultado %HbA1c de 8, es decir en el nivel “sugerir acciones”; al inicio de este periodo refirió la presencia de estrés por desavenencias conyugales, y escasa información sobre diabetes. Al término del periodo manifestó su satisfacción con la información recibida y con la disminución de su estrés y ansiedad y mejoría relación con su esposo. En su segundo análisis mostró el mismo resultado de %HbA1c que el anterior con el mismo nivel de “sugerir acciones”, durante este periodo deja de asistir a los servicios del programa, porque se dedicaba al cuidado de su nieta.

Figura 14. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Gabina

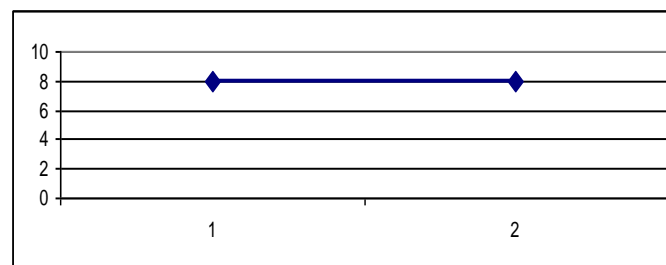


Figura 14. Resultados de la Sra. Gabina de %HbA1c. (1) Jun-08 y (2) Dic-08

Caso 9. La señora Guadalupe N., persona con 70 años de edad, ingresa al programa el 28 de abril de 2008, con una evolución de la diabetes de un año, controlada con hipoglucemiantes orales; cuenta con antecedentes de familiares

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

con DT2, madre finada con DM2 y HAS y tío materno con antecedentes de DT2 y HAS.

Al realizarle la historia clínica se identificó factores de riesgo, presento HTA y un nivel de glucosa alto 146mg/dL y ante esta situación de salud, se realizó una acción multidisciplinaria, en la que participaron Medicina y Psicología, que consistió en una sesión de sensibilización. Su participación en las actividades multidisciplinarias del DUPAM como son relajación, talleres, sensibilización fueron irregulares salvo en el programa de ejercicios donde fue constante.

La evolución que mostró la señora durante su estancia en el programa, se observó que mantuvo los signos vitales dentro de los parámetros normales T. A. 140/80mm/Hg y 130/90mm/Hg y los niveles de glucosa 87mg/dL y 75mm/dL los mantiene en rangos normales, sin embargo los alimentos que consumía no eran los adecuados debido a sus escasos recursos económicos, lo cual se ve reflejado en su hemoglobina glucosilada que no está controlada.

El % de HbA1c fue de 7.7 en junio 08, con niveles elevados, por lo que hubo de indicarle el tratamiento adecuado para disminuir sus niveles. Es una paciente constante en sus citas médicas y en la realización de ejercicio lo cual se nota reflejado en los niveles de glucosa y signos vitales. El %HbA1c fue de 6.7 realizado en diciembre 08, logró disminuir sus niveles esto debido a que siguió las indicaciones que se le dieron.

En el área de enfermería se identificaron los siguientes problemas: Baja autoestima situacional, Riesgo de soledad, Conflicto de decisiones, Ansiedad, incumplimiento del tratamiento, Conductas no generadoras de salud, Facilitar el aprendizaje y Modificación de conductas. Se intervino en la enseñanza del proceso de la enfermedad, el fomento y ayuda en la toma de decisiones, ayuda y modificación de sí mismo, educación sanitaria, enseñanza de ejercicio, dieta y medicamentos y el manejo de nutrición.

En el área de Odontología su asistencia fue irregular por motivos económicos. Inicialmente presentaba anodoncia total superior y anodoncia parcial inferior. Caries de 2º grado 35. Se le realizó profilaxis completa y recubrimiento pulpar indirecto del diente 35.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En cuanto a la atención psicológica, es una persona que manifestaba ansiedad ya que negaba tener diabetes, y al aceptarlo implicaba un cambio considerable de sus hábitos, al principio mostró queja, cuando mencionaba que anteriormente comía todo tipo de alimentos. Tuvo un problema, con un inquilino pues mencionó que tenía intenciones de apropiarse de la casa, lo que la deprimía.

También señaló que dos hijos tenían discusiones por la herencia. Con esto, su atención estaba fijada en sus hijos. Siguió la dieta recomendada solo por un tiempo, ya que debido a sus recursos económicos dejó de alimentarse adecuadamente.

La señora presentó Problemas Interpersonales, Depresión, Ansiedad y Estrés todos en el nivel moderado, la razón de ello, tuvo que lidiar con los problemas entre sus hijos, esto a partir del testamento que iba a realizar, por otro lado le molestaba que su nuera castigara duramente a los niños. Al finalizar la intervención psicológica, los niveles de problemas interpersonales, depresión, ansiedad y estrés disminuyeron a leves, esto debido a que al platicar con sus hijos, estos aceptaron sus decisiones, así mismo las técnicas de relajación enseñadas durante la terapia, le ayudaron a controlar su estrés.

Nuevamente se le instruyó en las técnicas de relajación y se trabajó en el “darse cuenta”, y la señora comprendió que no era su responsabilidad preocuparse por sus nietos, lo cual repercutió en su estado de ánimo al no presentar tristeza y al disminuir los problemas con su nuera; la Sra. dejó de acudir al programa debido a la distancia de su hogar y se le complicaba acudir al programa además de no contar con recursos económicos para el transporte.

En la figura 15, se muestra que en su primera toma de análisis obtuvo como resultado un %HbA1c de 7.7, con un nivel de “sugerir acciones”, durante este periodo la señora manifestaba ansiedad ya que negaba tener diabetes y tenía problemas con un inquilino. Además de la atención psicológica acudió a la atención médica y a los ejercicios. En su segundo análisis obtuvo como resultado un % de HbA1c 6.7, el cual tiene como nivel de “controlada”. En este periodo señaló su preocupación por las discusiones entre sus hijos.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Figura 15. Gráfica de %HbA1c de la Sra. Guadalupe

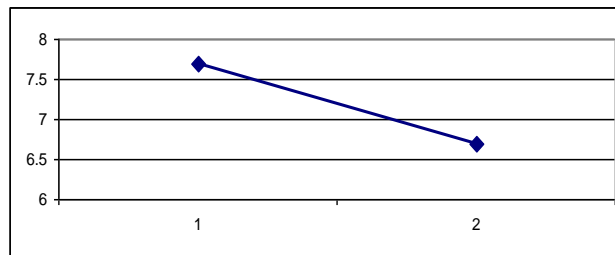


Figura 15. Resultados de la Sra. Guadalupe de %HbA1c. (1) Jun-08 y (2) Dic-08

Caso 10. El señor Augusto N., persona con 66 años de edad, su ingreso al programa fue en mayo de 2008, con una evolución de diabetes de 17 años, en tratamiento con hipoglucemiantes orales, cuenta con antecedentes de familiares con DT2, hermano finado DT2, hermana de 75 años y hermano de 58 años, se decide su ingreso al programa para control médico y apoyo psicológico.

Al realizarle la historia clínica se detectaron factores de riesgo además de padecer HTA, también contaba con un descontrol de niveles de glucosa y una alimentación inadecuada con respecto a su enfermedad. Por lo que se planteó la intervención conjunta de medicina y psicología y realizarle la sensibilización. Asimismo darle un plan alimentario y sesiones de ejercicio.

La evolución del señor durante su estancia en el programa DUPAM en el periodo mayo–julio 2008, se observó una buena participación en la realización de ejercicios ya que fue constante, así como en los talleres y relajación, posteriormente se observó con niveles altos de glucosa. Para el periodo agosto–diciembre 2008 su asistencia fue nula por falta de tiempo, pues empezó a trabajar. En cuanto a su T.A. osciló entre 140/80mm/Hg y 130/80mm/Hg y sus niveles de glucosa estuvieron entre 105mg/dL – 116mg/dL.

Su % de HbA1c fue de 8 que se realizó en junio 08, el resultado fue elevado es decir, con una diabetes poco controlado por lo que se le indicaron acciones a seguir para tratar de disminuir sus niveles. Sin embargo, el segundo análisis que se tomó el señor en diciembre 08, en cuanto a su %HbA1c el resultado fue de 7.6, debido al pobre control del paciente en cuanto a la toma de sus medicamentos y alimentación.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

En el área de enfermería se identificaron los siguientes problemas: Manejo inefectivo de la salud, Incumplimiento del tratamiento, Conocimientos deficientes de la enfermedad, Manejo inefectivo del régimen terapéutico. La intervención de enfermería consistió en, ayuda en el asesoramiento para la dieta, fomento y ayuda en las modificaciones de conducta y apoyo educativo, Hacer acuerdos con el paciente, establecer objetivos junto con el paciente.

No se presentó al servicio de Odontología, porque argumentó no contar con recursos económicos para el tratamiento que requería.

En cuanto a la atención psicológica, es una persona que mostró inconsistencia en la dieta recomendada por hábitos alimenticios poco adecuados, generándole descontrol en sus niveles de glucosa. Se ubicó en una fase de contemplación, donde reconoció los problemas de no llevar la dieta, los ejercicios y la toma de medicamentos.

Las medidas de glucosa son irregulares, por padecer de presión alta no podía hacer ejercicio. Se necesitó indagar los obstáculos que le impedían acudir a Psicología y adherirse a las prescripciones médicas. En cuanto a la identificación de problemas estas fueron las siguientes: en nivel severo se encontraban los problemas interpersonales y al finalizar la intervención se encontró en el nivel de moderado, en cuanto a la asertividad que presentaba un nivel leve, lo controló.

No obstante la ansiedad y el estrés subieron a un nivel moderado. Todos los problemas se originaron con sus hijos y en la forma en la que se comunicaba con ellos; esto se debe a que el Sr. Augusto trabaja en una mudanza, y a menudo le obsequiaban cosas usadas que aceptaba causando el descontento de sus hijos pues ellos consideraban las cosas como basura, lo que generaba constantes discusiones.

Se trabajó en su asertividad, esto con la intención de que defendiera sus derechos y expresara sus necesidades de manera adecuada, lo cual le permitiría entablar una conversación con sus hijos, que tuvo como producto que disminuyeran un poco sus problemas interpersonales, así aunque sus hijos seguían disgustados comenzaban a respetar sus decisiones.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Y por otra parte, el Sr. Augusto trataba de seguir la dieta recomendada, su ingestión de alimentos no era adecuada, puesto que cuando laboraba comía en puestos ubicados en la calle. En este proceso, recibió el diagnóstico de hipertensión, lo que incrementó su estrés ante la preocupación de este nuevo problema de salud; sin embargo dejó de asistir por lo complicado de sus jornadas de trabajo.

En la figura 16, se muestra que en la primera toma del análisis obtuvo como resultado un %HbA1c 8, es decir, nivel de “sugerir acciones”; en este periodo el señor fue inconsistente en la dieta que le fue recomendada, por hábitos alimenticios poco adecuados generándole descontrol en sus niveles de glucosa. Al final de este periodo trató de cuidarse y seguir la dieta recomendada; sus niveles de glucosa fueron inestables, pues no siguió la dieta adecuada, puesto que cuando laboraba (mudanzas) comía en la calle. En el servicio psicológico fue irregular su asistencia, a consulta médica acudía con regularidad, y en odontología fue nula su asistencia. En su segunda toma el señor obtiene como resultado un %HbA1c 7.6 y tiene como nivel “sugerir acciones”; durante este periodo el señor se ubicó en la fase de contemplación, es decir, donde reconocía los problemas de no seguir las prescripciones de llevar la dieta, los ejercicios y la toma de medicamentos. Sus medidas de glucosa fueron irregulares, y la presión alta le impidió realizar los ejercicios.

Figura 16. Gráfica de %HbA1c del Sr. Augusto

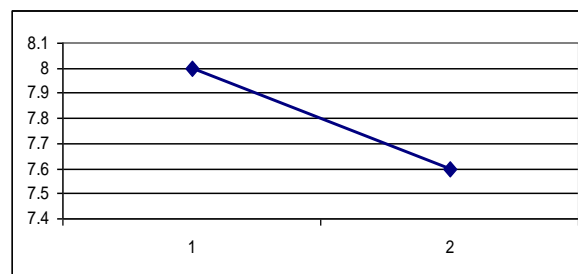


Figura 16. Resultados del Sr. Augusto de %HbA1c. (1) Jun-08 y (2) Dic-08

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

7. 6. Análisis de resultados.

Por último, a continuación se realizó el análisis de los resultados que permiten observar un panorama general de la evolución de los adultos mayores que acudieron al programa. Entre los indicadores que se tomaron en cuenta son: el tiempo de asistencia y los niveles de glucosa.

Por lo tanto, al sumar los porcentajes, esto es, con base en el tiempo de asistencia al programa de las dos primeras categorías, Normal y Controlado, se obtiene el 100 % en estas categorías quienes han acudido 19 meses a 20 meses al programa, las que tienen un tiempo entre 13 a 18 meses suman el 66.7 %, las que tienen entre 9 y 12 meses suman el 75 %, las que tienen entre 4 y 8 meses suman un 50 % y las que tiene entre 1 y 3 meses suman 33.3 %.

Con respecto al rango Sugerir acciones, las personas que han acudido 13 y 18 meses representan el 33.3 %, las que tienen entre 9 y 12 meses son el 12.5 % las que tienen entre 4 y 8 meses son el 60 % y las que tienen entre 1 y 3 meses son el 66.7 %.

Esto se entiende fundamentalmente por sus condiciones de vida y entorno familiar, esto es, problemas económicos: como bajos ingresos, inestabilidad laboral y desempleo, por problemas familiares tales como: un hijo consumidor de bebidas alcohólicas dentro de su propia casa, separación matrimonial de algún hijo, aniversario luctuoso de un hijo, por problemas personales como presencia de otras enfermedades físicas o inestabilidad emocional o por diversos festejos familiares, entre otros.

A pesar de estas situaciones, las personas han aprendido a través del programa a modificar sus estilos de vida, aprender a convivir con la enfermedad y sin tenerle miedo, porque quienes tienen un mayor tiempo en el programa ya no presentan niveles de %HbA1c en los rangos Pobre control y Fuera de control, lo que sí se observa en el grupo que tienen un menor tiempo de asistencia al programa (9 y 12 meses).

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

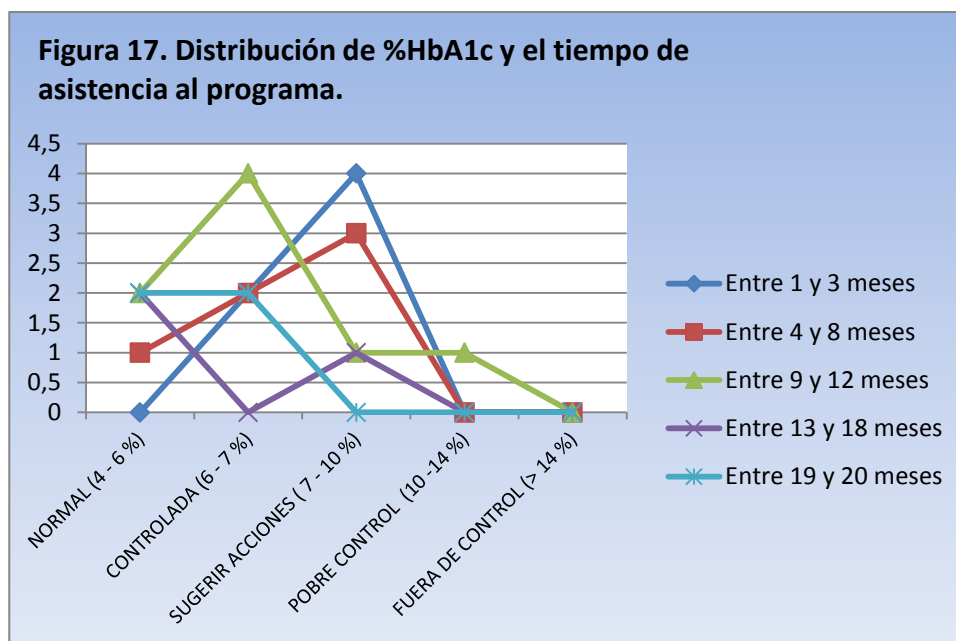


Figura 17. Comparación de la distribución de %HbA1c y el tiempo de asistencia al programa.

Tabla 12.

Personas atendidas y el tiempo de asistencia al programa.

Tiempo de atención	Normal	Controlado	Sugerir acciones	Pobre control	Fuera de control
19 a 20 meses	2	2	0	0	0
13 a 18 meses	2	0	1	0	0
9 a 12 meses	2	4	1	1	0
4 a 8 meses	1	2	3	0	0
1 a 3 meses	0	2	4	0	0

Nota: Rangos de tiempo en la atención y el número de pacientes ubicados en los distintos valores de referencia que nos muestra los que siguieron las indicaciones y tratamientos para la DT2

Es decir, como puede observarse en la figura 17 y en la tabla 12, a mayor tiempo de asistencia al programa DUPAM, las personas lograron mantener sus niveles de glucosa controlados, esto indica que con ayuda de las actividades disciplinarias (atención de enfermería, médica, odontológica y psicológica) y multidisciplinarias (Pláticas informativas y talleres, Ejercicios, Relajación y Convivios) realizadas y una asistencia regular, constante y la concientización de la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

persona acerca de su enfermedad y la responsabilidad de sí mismos, se logró que mantuvieran sus niveles de glucosa en rangos normal y controlado y también que tengan una aceptable calidad de vida tanto física como emocionalmente, al aprender a autocuidarse y afrontar sus problemas cotidianos.

Asimismo la terapia psicológica, fue muy importante, ya que estas personas en la primera sesión que se tuvo con ellas se tenían que dar información sobre la diabetes, consecuencias y los síntomas, aunado a esto emergían de sí mismos emociones negativas como: frustraciones y la no aceptación de padecerla para siempre, es decir el darse cuenta de su sensaciones internas.

En ese momento se tendía a hacer la sensibilización, una técnica creada en el DUPAM, y que su impacto se mide por:

- respuesta emocional (cómo se sintieron después de la sesión de aplicación de la sensibilización),
- respuesta cognitiva (reconocer la importancia de atenderse) y
- respuesta conductual (inscribirse al DUPAM, y asistir a las consultas disciplinarias y multidisciplinarias).

Finalmente lo que se realizaba era concientizar a los adultos mayores sobre la realidad, es decir, el problema que tenían enfrente, “la enfermedad de la diabetes”, el pensar cómo podían intervenir en su autocuidado y el darse cuenta que tenían varias opciones de vida.

CONCLUSIONES

La Diabetes Tipo 2, como ya se mencionó es una enfermedad crónico-degenerativa, que se está incrementado a un ritmo acelerado a nivel mundial, y nuestro país no es la excepción, cabe destacar que lo más preocupante es que esta enfermedad es muy costosa emocional y económicamente para las personas que la padecen, y para las instituciones de salud, sobre todo cuando no se tiene controlados los niveles de glucosa en sangre.

La población de personas que asistieron al programa DUPAM, en su mayoría fueron adultos mayores, por consiguiente se escogió esa población y se estudió con base en expedientes de las distintas áreas.

Lo que se encontró fue que las emociones en este estudio fueron importantes y de gran peso pues da cuenta de las actitudes y acciones de las personas en el seguimiento del tratamiento indicado; y el resultado de ello en varias ocasiones, fue el abandono del tratamiento o hacer caso omiso de las indicaciones de cada disciplina que le atendían; también se pudo observar y analizar mediante las terapias y registros de los casos en expedientes, situaciones o momentos en los cuales su cambio de humor era a veces el causante negativo del tratamiento; los problemas que se suscitaban a menudo eran los familiares, por ejemplo la situación con sus hijos, y nietos, otra situación fue la económica; todo ello fue de gran relevancia para desestabilizar su organismo y descontrolar el tratamiento de la diabetes. Al punto en que cuantos más problemas se le presentaban (económico y familiar) menos motivación era el tratarse para su enfermedad.

Hablando de la DT2 con relación en el adulto mayor que significa, tener un organismo débil en cuanto a su estado de salud y frágil en cuanto a nivel físico, sus huesos van desgastándose, se presta para que la enfermedad realmente sea un actor y factor en la vida del adulto mayor, que lo lleve a padecer una serie de

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

complicaciones, sobre todo si quien la padece es una persona con bajos ingresos económicos.

Por tanto, la población de adultos mayores son un grupo de edad en riesgo de padecer esta enfermedad, muchos son los factores que intervienen en ellos que se encontraron en esta investigación, uno de estos, es su capacidad física, que hace que su nivel de vida sea sedentaria y en consecuencia de ello, conducir a otro factor de riesgo que es la obesidad; el segundo factor es que generalmente es dependiente de sus familiares, entonces la alimentación (en el aspecto de llevar una dieta acorde a su enfermedad) y la salud quedan en términos secundarios. Y el tercer factor y muy importante es la actitud ante esta situación, de tal manera que si se encuentra en un ambiente familiar o en una situación adversa, la emoción que se origina es una consecuencia significativa de gran peso en el actuar del adulto mayor para el seguimiento del tratamiento.

Y es aquí que menciono, la población mayoritaria que acudían al programa, fueron los adultos mayores, quienes tenían una calidad de vida media, con una situación económica baja y con un gran descontrol en la enfermedad. La intervención psicológica, muy importante en el tratamiento ayudó bastante, en primer lugar, el dar talleres, un ejemplo de ello, "Oportunidades a la vida", el cual fue cambiar la forma de percepción de la diabetes y con ello abrirles un panorama de vida más amplia, es decir de que había maneras prácticas de controlar la enfermedad; y en segundo lugar, el que comprendieran y entendieran lo que realmente es ésta enfermedad y las consecuencias reales que implica descuidarse en el tratamiento, esta intervención fue un factor primordial e importantísimo en el cambio de la calidad y estilo de vida de estas personas y se realizó mediante el programa de sensibilización. Para ello, se utilizó la terapia psicológica, ya que es una herramienta valiosa, y que hace a cada persona como responsable de sus elecciones y de sus evasiones. Trabajar al ritmo y al nivel que le conviene, a partir de lo que surge en el instante, ya sea que se trate de una percepción, una emoción o una preocupación actual.

Las demás disciplinas que conforman el programa a saber: Medicina, Odontología, Enfermería y Q. F. B; que con sus funciones desempeñaron un

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

papel fundamental en el tratamiento y en la investigación, ya que ampliaron la información para las personas.

Y por ello, en los resultados obtenidos, al comparar su situación inicial en el programa y con su situación final, se observa cómo aprendieron a manejar de manera adecuada sus emociones y relaciones interpersonales, tomando como referencia a las personas que asistían de forma constante. En los casos en que los avances fueron mínimos, se registra el hecho de que éstas personas acudían de forma irregular por diferentes motivos como laborar en las mañanas, cuidar nietos o familiares enfermos, entre otros. Además, de extraer de los expedientes las principales problemáticas que se encontraban en los pacientes, esto sirvió para evaluar cuán eficaz había sido la atención psicológica y cómo había influido en el tratamiento multidisciplinario para el control y/o disminución de la glucosa.

Es por ello que el programa DUPAM, intervino en un proyecto multidisciplinario, con las diversas disciplinas que se estudian en la FES Zaragoza. Por consiguiente, la atención integral de la persona con una enfermedad crónica – degenerativa como es la Diabetes Tipo 2 ha sido un punto clave para que su estado de salud sea estable, así como la importancia, como se mencionó, la atención psicológica fue de gran ayuda para este tipo de situaciones, también lo fueron las distintas disciplinas que intervinieron, ya que comúnmente, en las instituciones de salud, las intervenciones psicológicas no se toman en cuenta, es decir, lo emocional se deja a un lado, por tanto no se comprende la situación del por qué actúa de tal manera o por qué motivos y/o razones no sigue el plan de tratamiento que se le prescribe. Así como se observa en este trabajo, en los adultos mayores con diabetes, las emociones juegan un papel primordial en el estado de salud, que sin la intervención psicológica algunas de las personas estarían inestables con respecto a sus niveles de glucosa y con complicaciones en su salud.

También es preciso mencionar, que los programas multidisciplinarios del DUPAM fueron un gran apoyo en todos los sentidos, ya que con ello se pretendía establecer una relación mutua entre enfermedad–paciente y paciente–enfermedad, con lo que la persona tenía que aprender y darse cuenta que la

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

enfermedad repercutía en su salud si no tenía o llevaba un tratamiento y por el otro lado hacerse responsable de su estado de salud si no quería tener las complicaciones de la enfermedad.

Por lo tanto, con lo aprendido y entendido en los programas multidisciplinarios y además en las atenciones disciplinarias, se evaluó al paciente en los convivios que se realizaban; pues cada persona tenía que llevar algún alimento o comida que le favoreciera en el tratamiento de la diabetes. Finalmente, he aquí la importancia de la multidisciplinariedad, los logros y resultados que se dieron con el trabajo mostrado en este tipo de enfermedades como es la DT2.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. E. (1990). *Cartas a un diabético*. México: Trillas.
- Alimentación en los ancianos. Recuperado de http://www.fundaciondiabetes.org/documentos/alimentacion_ancianos/alimentacion_ancianos.htm
- Alpízar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
- Álvarez, L. (2006). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires. Paidós Educador.
- Baron, R. (1996). *Psicología*. México: Prentice-Hall.
- Bastidas, B. E., García, J. J., Rincón, A. R. y Panderó, A. (2001). Actividad Física y Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud, III*, 49 – 56. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239908>
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Como aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Buendía, M., Fernández, P. y Garza, E. (1980). Manifestaciones orales de la diabetes mellitus. Tesis de licenciatura. México: ENEP Zaragoza. 107p
- Cardoso, M. A., Figueroa, Ma. E., Rivera, J., Caballero, B., Orozco, L. y Moreno, G. M. (2004) DUPAM: Un Modelo de Atención Multidisciplinaria a personas con diabetes. *Vertientes*, (7), 1 – 2.
- Cardoso, M. A., Rivera, J., Moreno, G. M., y Aburto, I. A. (2008). DUPAM: Atención multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida. Memorias 3ª Encuentro Internacional sobre Diabetes.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Cardoso, M. A., Rivera, J., Moreno, G. M. y Aburto, I. A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. *Cultura, Dieta y diabetes. Cuicuilco* 13, (37)
- Carrillo, C. y Panduro, A. (2001). Genética de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, III, 27 – 34. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239905>
- Castillo, D. y Vela, F. (2005). Envejecimiento demográfico en México. *Papeles de la población*, (45), 107 – 147. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11204506>
- Chiquete, E., Nuño, P. y Panderó, A. (2001). Perspectiva Histórica de la Diabetes Mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, III, 5–10. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239902>
- Corral, R. J., Corral, M. G. R., Juárez, M. E. y Ochoa, M. L. (2006). Signos vitales: conocimiento y cumplimiento de técnicas de medición. *Revista de Enfermería del IMSS*. 14(2), 97 – 100. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062f.pdf>
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (2001). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Del Toro, R., Aldrete, Ma. G., Cruz, A., Ramírez, V. M., Mendoza, P. L., Vázquez, J. L. y Bracamontes, C. E. (2004). Manifestaciones orales en paciente diabéticos tipo 2 y no diabéticos. *Investigación en Salud*, 6(3), 165 – 169. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14260305>
- Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1997). *El diabético optimista: Manual para diabéticos familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Escalante, J. M. (2001). Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Actualidades.

Investigación en Salud, III, 57–61. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239909>

Escobar, A. (2009). Las calamidades de la vejez. *Revista de la Facultad de*

Medicina, 52(1), 30 - 33. Recuperado de

<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no52-1/RFM052000107.pdf>

Farreras, V. (2003). *Medicina interna*. Barcelona: Doyma.

Federación Mexicana de Diabetes. Recuperado de <http://www.fmdiabetes.org>

Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. Barcelona: Masson.

Fundación Diabetes. recuperado de <http://www.fundaciondiabetes.org>

Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: Un análisis teórico - empírico.

Enseñanza e Investigación en Psicología, 2(14), 403 - 425. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29211992013.pdf>

García de Alba, J. E., Salcedo, A. L., Covarrubias, V., Colunga, C. y Milke, M. E.

(2004). Diabetes mellitus tipo 2 y el ejercicio físico. Resultados de una

intervención. *Revista Médica del IMSS, 42*(5), 395 – 404. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045e.pdf>

García, M., Torres, M. P. y Ballesteros, E. (2006). *Enfermería Geriátrica*. México:

Masson.

García, S. (1998). *Medios de comunicación y violencia*, México: Fondo de Cultura

Económica

Garrido, A., Reyes, A. G., Torres, L. E. y Ortega, P. (2008). Importancia de las

expectativas de pareja en la dinámica familiar. *Enseñanza e Investigación en*

Psicología, 13(2), 231 - 238. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29213203>

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Gillis, M. y Saxon, S. (2003). La Odontología en el control y el diagnóstico de la diabetes. *Diabetes Voice*, 48(3), 14 - 17. Recuperado de http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_32_es.pdf
- González, M. R. (2000). *Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos*. México: Trillas.
- Ham Chande, R. (1996). El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 006(389), 409 – 418. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10638603>
- Hernández, Z. E. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 002(9), 303 – 319. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29290207>
- Houston, J. C. (1978). *Texto básico Actualidades Investigativas en Educación de medicina*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Islas, A. S. y Lifshitz, G. A. (2005). *Diabetes Mellitus*. México: McGraw-Hill.
- Jiménez, M. I. y Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126 – 143. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902512>
- Lerman, G. I. (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético*. México: McGraw-Hill.
- López, F. J y López, S. (1998). Diabetes mellitus y lesiones del pie. *Salud Pública en México*, 40(3), 281 – 292. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36341998000300010&script=sci_arttext

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- López, L., Lobo, L. y Yanes, W. (2005). Epidemiología de la diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2(2), 143 – 146. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=34085&id_seccion=2068&id_ejemplar=3510&id_revista=127
- Marchán, M. M. y Seijo, M. M. (2002). Nivel de información sobre salud periodontal en un grupo de pacientes diabéticos del municipio Palmira. *Revista Cubana Estomatológica*, 40(1), 11-16. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_1_02/est0202.htm
- Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101 – 109. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29521/28581>
- Medrano, G., Arredondo, J. L., Díaz, G. S. y Ruíz, Ma. del C. (2006). Programa de actualización continua en Medicina del Primer Contacto. Intersistemas México. PAC. MPC – LIVE – MED.
- Méndez, F. X. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicados en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10(2), 189 – 198. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/09-10_2.pdf
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. México: Paidós.
- Montoya, A. y Montes de Oca, H. (2006). Envejecimiento poblacional en el Estado de México: Situación actual y perspectivas futuras. *Papeles de Población*, (50), 117 – 146. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11205009>
- Murillo, J. (1999). *Vivir con diabetes: Guía para pacientes, sus familiares y educadores*. Madrid: Neo Person.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Naranjo, M. L. (2008). Relaciones Interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1 - 27. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44780111>

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

NORMA Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Recuperado de <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/dmdocuments/NOM%20015%20SSA2%202010%20Diabetes%20Mellitus.pdf>

Parada, L. M. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: una opción de vida desde la pérdida. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 3(001), 55 - 65. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67930104>

Patiño, L. F. (2002). Ideología ¿o ciencia del envejecimiento? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1 – 2, (34), 123 - 131. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80534210>

Robles Silva, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones*, XXVII(105), 140 – 175. Recuperado de <http://www.colmich.edu.mx/files/relaciones/105/pdf/LeticiaRoblesSilva.pdf>

Rodríguez, F. J. y Paíno, S. G. (1994). Violencia y desviación social: Bases y análisis para la intervención. *Psicothema*, 6(2), 229 – 244. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72706210.pdf>

Rovella, A. y González, M. (2008). Trastornos de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 17(1), 179 - 194. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18417109>

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada gerontológico actual*. México: Paidós.
- Sampieri, H. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill.
- Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología*, 15(002), 251 - 260. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16715209>
- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Chile: Ediciones. Universidad de Chile.
- Secretaria de Salud (2001). Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Recuperado de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>
- Shils, M., Olson, J., Shike, M. y Ross, A. (2002). *Nutrición en salud y enfermedad*. Volumen 2. México: McGraw-Hill.
- Sierra, J. C., Ortega, O. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal - estar E Subjetividade*, III(001), 10 - 59. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Treviño, S., Pelcastre, B. y Márquez, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48(1), 30 - 38. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n1/v48n1a06.pdf>
- Vázquez, J. L. y Panduro, A. (2001). Diabetes Mellitus Tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en Salud*, III, 18–26. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14239904.pdf>

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Villanueva, V. (2003). Enfoque práctico de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (130), 10 - 11. Recuperado de <http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista130/enfoque.htm>

Zapata, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e identidad. *Revista Psicológica*, (1), 189 – 197. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26410114.pdf>

Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus: Bases para su tratamiento*. México: Trillas.

Zetina, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, (019), 23–41. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11201903.pdf>

El 10% de la población mexicana es adulto mayor. Recuperado de <http://www.lasalud.com.mx>, el día 26 de enero de 2010.

Boletín No. 23/2010. *Población adulta mayor de México se mantiene activa*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>, el día 26 de enero de 2010.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª Ed.) Madrid, España: Espasa - Calpe.

Boletín de prensa No. 591. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx>

Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J. y Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 293 - 301. Recuperado de <http://www.idf.org/webdata/docs/PIIS0168822710000495.pdf>

10 principales causas de morbilidad nacional y estatal. Recuperado de http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/analisismorbi_07_princau.html

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Comunicado de Prensa No. 300. Recuperado de

http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2010-07-17_4675.html

Anexo 1

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA POBLACIÓN DEL DUPAM.

En el área de Psicología del programa DUPAM, fue posible identificar las principales problemáticas por las que la población asiste a este servicio, así pues, para un mejor manejo de la información se presentan también los indicadores utilizados en dicho proyecto para ubicarlas y programar el trabajo terapéutico.

Asertividad:

Los orígenes de la palabra “asertividad” se encuentran en el latín *asserere* o *assertum*, que significa “afirmar” o “defender”(Robredo citado en Gaeta y Galvanovskis, 2009). Es con base en esta concepción que el término adquiere un significado de afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, autoestima, aplomo y comunicación segura y eficiente. (Rodríguez y Serralde citado en Gaeta y Galvanovskis, 2009).

Es la habilidad de manifestar verbal y conductualmente los pensamientos, creencias, emociones y sentimientos; esto en ausencia de ansiedad de forma adaptativa y funcional, dentro de un contexto interpersonal, en el que se defienden los propios derechos sin violentar los de los demás (Naranjo, 2008).

Asimismo, otras definiciones concuerdan con lo anteriormente expresado, el cual mencionan a la asertividad como una habilidad para expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, y elegir cómo reaccionar y sostener los propios derechos cuando es apropiado (Elizondo, citado en Gaeta y cols, 2009). Además Bishop (2000), citado en el artículo referido anteriormente; añade la capacidad de expresión con seguridad sin tener que recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores.

Indicadores del individuo poco asertivo:

- Manifestación de ansiedad derivada del modo tímido de enfrentar las situaciones de su cotidianidad
- Dificultad para manifestar sentimientos
- Complejo de inferioridad

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Reacciones inadaptativas de expresión como: agresividad, sumisión, dependencia, etc.

Depresión:

Vallejo (1990), Menciona que la depresión es un trastorno multifactorial; en el que intervienen aspectos como los genéticos, biológicos, bioquímicos y psicosociales. Se caracteriza principalmente por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos que el individuo identifica como incapacitantes; así como pensamientos recurrentes de muerte.

indicadores del individuo con depresión:

- Tristeza sin causa aparente
- Tristeza prolongada con causa aparente
- Episodios de llanto
- Ansiedad y preocupación excesiva
- Crisis de angustia
- Pérdida de interés (sexual, auto cuidado, apatía)
- Aislamiento social
- Alteraciones metabólicas (alimentación, sueño) pudiendo implicar fatiga o agotamiento.
- Autoestima desequilibrada

Duelo:

Proceso natural que se experimenta ante una pérdida, cualquiera que ésta sea; la muerte de un ser querido, la terminación de un noviazgo, la pérdida de salud, un miembro o función corporal, la pérdida de la oportunidad, etc. Se caracteriza porque convergen varios sentimientos (coraje, amor, dolor, etc.), estos sentimientos pueden estar mezclados y, a veces, ser confusos. Se llega incluso a sentir culpa al pensar que algo faltó por hacer, y es como si se quedaran algunos aspectos inconclusos, los cuales comúnmente pueden llegar a depresión.

Sin embargo, añade Parada (2007), que la naturaleza del duelo está directamente asociada a la forma de la muerte. En este caso, el duelo es diferente cuando tiene tras de sí una muerte preavisada o una muerte sin aviso. En el

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

primer caso cuando es preavisada se permite un espacio de preparación para ir cerrando aspectos inconclusos, mientras que en el segundo caso cuando es inesperada se da de forma traumática y el dolor es más agudo.

A pesar de que el duelo es un proceso individual, pueden existir algunas situaciones que es posible generalizar cuando las personas enfrentan pérdidas (Boss, 2001):

1. SHOCK: Constituye el momento inicial en el cual la persona se enfrenta con la pérdida.
2. NEGACIÓN: Se vive como un período de incredulidad sobre la pérdida como tal.
3. NEGOCIACIÓN: La persona establece contratos con Dios, con la vida o con el objeto, puede movilizar cualquier recurso para cambiar la situación. Ej.: “Dios si lo salvas yo te prometo que no vuelvo a”.
4. IRA: La persona se torna irritable e inconforme; en la base de esa ira se encuentra la pregunta ¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?
5. DEPRESIÓN: Acompañada de desinterés, apatía, llanto, insomnio, etc. Esta generalmente se asocia a sentimientos de culpa. Ej.: “lo perdí y nunca le dije lo que sentía por él”.
6. ACEPTACIÓN: Momento en el cual la persona tiene la posibilidad de ver tranquilamente la situación y es capaz de reconocer su grado de afectación por lo sucedido.

Estas etapas pueden suceder en este o en diferente orden, pueden vivirse todas o faltar una de ellas, pero el saber que existen permite comprender y aceptar las propias reacciones y comprometerse con sí mismo, en la elaboración de los propios duelos.

Indicadores de duelo inconcluso:

Fijación o estancamiento en alguna de las etapas mencionadas anteriormente.

Ansiedad y Estrés

Ansiedad:

La ansiedad es en un principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. (Rovella y González, 2008).

Por tanto, es una respuesta o patrón de respuestas emocionales que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión o aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Por tanto, la ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.

Indicadores de Ansiedad

- Físicas: Palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, sudoración, molestias digestivas, tensión muscular, cansancio y hormigueo; alteraciones del sueño.
- Cognitivo: Temor a la muerte y a perder el control, sensación de vacío; dificultad para concentrarse, memorizar y tomar decisiones; deseos de huir.
- Conductuales: Movimientos torpes de extremidades, rigidez mandibular, posturas rígidas, expresiones faciales de duda, asombro y crispación; hiperactividad
- Sociales: Aislamiento, irritabilidad, dificultad para expresar sus propias opiniones, preguntas y respuestas; temor excesivo a conflictos.

Estrés:

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas. (Lazarus y Folkman, citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003)

Por tanto, el estrés es una respuesta general del organismo ante demandas externas o internas con un factor heredado, defensivo o adaptativo que en un principio resultan amenazantes, consistiendo básicamente en una movilización de recursos neuroendócrinos emocional para poder afrontar tales demandas (Cruz y Vargas, 2001; Buceta y Bueno, 2001). Asimismo (Davis, Eshelman y Mckay., 2001), señala que el estrés es un hecho habitual en nuestras vidas. No puede evitarse, ya que cualquier cambio que nos enfrentemos representa estrés. Siempre que se piensa en estrés nos evoca algo amenazante, algo que no podríamos resolver, sucesos negativos como daño, enfermedad o muerte de un ser querido, pero nunca imaginamos que algún suceso positivo puede ser igual estresante; así como cambiar de casa, nuevas responsabilidades, e incluso el enamorarse.

Indicadores

- Físicos: Taquicardia, aumento de la presión arterial, hipersudoración, dilatación pupilar, temblores, excitación general, insomnio y sequedad de boca.
- Psíquicos: Inquietud, desasosiego, miedo difuso, disminución de la vigilancia, pensamiento desorganizado, desorientación espacio-temporal, atención dispersa.
- Conducta: Imposibilidad para relajarse, perplejidad.

Problemas Interpersonales

La sociedad, una magna y compleja red de relaciones entre personas, se tiene que valer de una vía segura que facilite que todo aquella persona que llegue a integrarse a ella pueda hacerlo de manera apropiada, recibiendo todos y cada uno de los elementos que conforman su cultura. La familia forma parte de la sociedad, el cual es generador ideal de la familia.

Una de las relaciones afectivas más importantes que se establecen dentro de la familia es la de pareja. Formar una pareja implica llevar a la relación lo que se ha vivido y aprendido en la familia de origen. (Garrido, Reyes, Torres y Ortega, 2008)

En su gran Mayoría, se encuentra que los pacientes del programa tienen más problemas de pareja, y en segundo con los hijos, los cuales dependen de la etapa en la que se encuentre la familia.

Pareja:

La relación de pareja es muy importante en la vida de cada persona, sin embargo pocas veces se analiza la integración de los miembros en la relación diaria, donde tienen que aprender a negociar e incluso a reñir; en efecto, no hay parejas que no tengan problemas.

Al igual que cualquier ser humano, la pareja tiene que aprender a constituirse, crecer y a desarrollarse a la largo de su vida como tal. Las crisis en este contexto, son etapas normales durante las cuales, tanto la pareja, como los miembros que la constituyen, buscan cierta definición de ella y de sí mismos, así como alguna orientación para su existencia. (Sarquis, 1995)

Los problemas de pareja se presentan cuando existe déficit en el establecimiento de acuerdos, que pueden ser de tipo económicos, sexual, afectivo, etc.

Indicadores:

- Inmadurez individual y/o de la pareja.
- Falta de ajuste psicológico.
- Personalidad

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Falta de tolerancia a la frustración.
- Neurosis.
- Celos.
- Dificultades para la comunicación.
- Agresividad.
- Situaciones previas al matrimonio.
- La historia y evolución personal, proyecto de vida.
- Infidelidad.
- Problemas económicos.

Autoestima:

Las personas se evalúan a sí mismas a partir de los éxitos y fracasos cotidianos, en comparaciones sociales con los demás y en comparaciones con sus propios parámetros internos; es por ello que la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí. (Sánchez, 1999)

Uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal (confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones). El otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: El respeto a uno mismo (Reafirmarme en mi valía personal: es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz; el confort al reafirmar de forma apropiada mis pensamientos, mis deseos y mis necesidades; el sentimiento de que la alegría y la satisfacción son derecho innatos naturales).

Por tanto, el autoestima: “Es el grado en el que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor” (Baron, 1996), así mismo está relacionada con diversas formas de conducta, de tal forma que las personas con autoestima elevada presentan menos emociones negativas y menos depresión que personas con una baja autoestima (Straumann y Higgins citado en Baron, 1996), también se ha observado que las personas con una elevada autoestima pueden manejar mejor el estrés, incluso presentando menores efectos negativos en su salud (Brown y McGill citado en Baron, 1996).

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

- Desvalorización de la propia persona. Frases como “no sirvo para nada” “soy fea” “mis hijos no me quieren porque soy una inútil” serían ejemplos de lo que pudiera reportar el paciente.
- Estados frecuentes de miedo, temor, inseguridad e incluso estrés ante diversas situaciones, lo que repercute en una personalidad introvertida.
- Abandono de la propia persona, el cual se traduce en el descuido de hábitos alimenticios y de higiene.

Violencia:

Así pues, según García (1998), violencia es la presión abierta u oculta que se ejerce sobre la voluntad de una persona, ya sea por medio de fuerzas materiales y acudiendo a amenazas, para obligarla a realizar un acto específico, atentando contra la dignidad física y psíquica del ser humano, produciéndole sufrimiento, dolor o cualquier forma de limitación a su bienestar o al libre ejercicio de sus derechos. Además señala Bandura, Ribes y Vallejo citado en Rodríguez y Paíno (1994), que la violencia tiene una estrecha relación con la agresividad, pues se entiende a la violencia como la manifestación física y clara de ésta.

Indicadores de violencia:

- Violencia física: golpes
- Violencia Psicológica: acosar, hostigar, chantajear (el agresor puede ser consciente o no)
- Violencia Verbal: burlas, insultos, ridiculizaciones; ya sea en la intimidad o ante otras personas.

En estos 7 Problemas identificados en la población que asisten al DUPAM, Asertividad (As), Depresión (De), Duelo (Du), Ansiedad y Estrés (A y E), Problemas Interpersonales (PI), Autoestima (Au) y Violencia (V), se desprenden 4 niveles de intensidad los cuáles se describen a continuación:

0=nulo (No presenta ningún problema)

1= leve (Presenta problemas no significativos)

2= moderado (Presenta problemas significativos)

3=severo (Presenta dificultades muy significativas en su vida personal)

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Para la identificación de los principales problemas que se encontraban en la población del DUPAM, fue un análisis exhaustivo de cada expediente disciplinario de psicología. El siguiente paso fue establecer el grado o nivel de intensidad para determinar en donde se encontraban. Y así poder ver una panorámica individual de cada persona y saber tanto la eficiencia del trabajo del psicólogo como en la influencia del mismo en el tratamiento.

Anexo 2

2- ACTIVIDADES MULTIDISCIPLINARIAS

Las actividades multidisciplinarias que se presentan a continuación son programas que se ocuparon para las personas que asistieron al DUPAM, con el fin de concienciar, preparar, retroalimentar y enseñarles todo lo referente a la Diabetes Mellitus tipo 2.

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN

Objetivos

- Que la persona se perciba a sí misma como enferma de diabetes y se responsabilice de su enfermedad.
- Confrontar a cada una de las personas con las complicaciones de la diabetes, para generar disposición favorable hacia el control de su enfermedad.
- Generar interés y motivación hacia la ejecución de acciones que conduzcan al control de la diabetes.

Guión de sensibilización

1. Se indaga sobre los conocimientos que cada persona tiene sobre la diabetes, si conoce o ha conocido a otras personas con ésta enfermedad, si desarrollaron complicaciones y si esto causó algún impacto en ella.
2. Se investigan sus roles sociales, las actividades que realiza, que personas son importantes para ella y sus dependientes económicos o personas que requieran cuidados de ella.
3. Se le da una explicación general sobre la diabetes y sus complicaciones
4. Se le explica, una a una, las complicaciones que desarrollará si no controla su glucosa, y las consecuencias que traerán a su vida, apoyando con imágenes de dichas complicaciones, enfatizando aquellas en las cuales tiene conocimiento previo y aquellas que mostró le generen temor.
5. Se enfatiza la importancia de que la persona busque y reciba atención profesional para controlar su diabetes
6. Se señala cuáles son las ganancias que obtiene al controlar su diabetes.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

7. Se le invita para que asista al Programa DUPAM, como una alternativa para lograr el control de su glucosa, señalando la importancia de cada una de las actividades establecidas dentro del programa y la manera en que beneficiaran en su estado de salud.

Procedimiento:

Después de realizar las sesiones de desensibilización, se realizaba un registro de la respuesta de la persona en los siguientes niveles:

Respuesta Conductual:

Acciones que seguía la persona después de la desensibilización.

Respuesta Emocional:

Comentarios acerca de cómo se sintió y si las acciones correspondían a las emociones expresadas.

Seguimiento:

Registro de actividades durante su asistencia.

Y el cumplimiento de las sugerencias y recomendaciones de las diferentes disciplinas.

La participación en este programa estuvo a cargo del área de medicina y el área de psicología. La función que ejerció medicina fue el de notificar a las personas de recién diagnóstico y la función del psicólogo fue el de preparar a la personas para tal situación ante el médico y posteriormente darle atención.

PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA (EJERCICIOS)

Objetivos

- Que la persona disminuya sus niveles de glucosa.
- Que la persona mantenga buenas condiciones de salud para evitar riesgos cardiovasculares.
- Generar interés y motivación hacia la ejecución de ejercicios para que los realicen en el hogar.

El ejercicio regular resulta en una mejora diaria en el control de la glucosa sanguínea y, por lo tanto, en una disminución en la hemoglobina glucosilada. El entrenamiento mejora la sensibilidad a la insulina y puede ser responsable de aumentar en el perfil lipídico resultan de la realización de ejercicio regular

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

disminuyendo el riesgo cardiovascular además en la presión diastólica y sistólica ha sido reportado en personas con una moderada a leve hipertensión arterial, y puede ser asociado con efectos de menores niveles de insulina y retención renal de sodio.

A largo plazo, la actividad física practicada en forma regular podría prevenir, demorar o corregir el desarrollo de los cambios fisiológicos o bioquímicos que ocurren con una vida sedentaria, y que están asociados con un mayor riesgo de intolerancia a la glucosa y de diabetes tipo 2. Todas las adaptaciones celulares al ejercicio responsables de una mejor acción de la insulina están limitadas sólo a aquellos músculos involucrados en el entrenamiento, y como estos beneficios declinan dentro de los 3 a 10 días de suspendida la actividad, se sugieren los programas de actividad física que involucren varios grupos musculares y que se realicen regularmente.

El ejercicio físico debe ser aeróbico para incrementar la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática. Ahora bien, con el fin de obtener los mejores beneficios, además de evitar posibles riesgos en los pacientes, el ejercicio físico debe ser personalizado, programado y supervisado. A la ejercitación activa debe agregarse un enfoque recreativo para hacerla más atractiva para los pacientes, de tal forma que además de coadyuvar a lograr niveles de glucosa aceptables, mejore su salud física, social y mental del paciente, con la reducción de la presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, estrés, depresión, ansiedad, etc. (García, Salcedo, Covarrubias, Colunga y Milke, 2004).

Las fases del ejercicio realizados en el programa fueron:

Calentamiento. Tiene como característica el de permitir que la sangre circule por los músculos para prepararlos para una actividad más intensa. No debe fatigarse durante esta etapa.

Ejercicio. Es la fase de la actividad intensa en el cuerpo en el cual se trabajan los músculos.

Relajación. Durante el período de relajación se repiten los ejercicios de precalentamiento. Ahora su meta es llevar a su corazón a la misma actividad que tenía antes del ejercicio.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Durante toda la actividad física, los médicos supervisan todo el desarrollo de ésta y el área de enfermería lleva un control de signos vitales de cada paciente.

PROGRAMA DE RELAJACIÓN.

Objetivo: Que la persona concientice la importancia de la relajación en el manejo de su diabetes.

Objetivos particulares:

- Que la persona conozca que es la relajación y para qué sirve.
- Que la persona identifique la diferencia entre tensión y relajación.
- Que la persona identifique los lugares tensos de su cuerpo.
- Que la persona se familiarice con las sensaciones de su cuerpo.
- Que la persona experimente una relajación.
- Que la persona aprenda y domine la técnica de relajación.
- Que la persona identifique situaciones estresantes en su vida cotidiana.

Técnicas:

1. Se expondrá que es la relajación y su función dentro del control de la diabetes. Invitar a la reflexión.
2. Se explicará el estado de alerta generado por el cuerpo ante situaciones estresantes propicia el aumento en los niveles de glucosa.
3. Se realizará una serie de ejercicios enfocados a discriminar la tensión de la relajación, p.j. se les pedirá tensar los brazos y la espalda aguantando la respiración por cortos intervalos de segundos, y luego, se les pedirá que exhalen y suelten los músculos. E invitar a la reflexión, ¿qué se siente? ¿Cuál es la diferencia entre un estado y otro?, etc.
4. Se realizarán una serie de ejercicios de respiración controlada para diferenciar entre una respiración acelerada y una controlada. E invitar a la reflexión.
5. Se realizará una sesión de relajación dirigida para que las personas experimenten una relajación dirigida, experimenten las sensaciones

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

e identifiquen cómo reacciona su cuerpo e invitarlos a la reflexión: ¿cómo se sienten? ¿lograron hacerlo? ¿en qué creen que les beneficiaría aprender a relajarse? ¿les gusto? ¿cómo pueden ellos llegar a relajarse?, etc. Destacar la importancia de la respiración.

6. Se realizará una sesión de auto relajación a través del manejo de la respiración. Invitar a la reflexión.
7. Se discutiría grupalmente la experiencia de la relajación así como las situaciones en las que los participantes considerarían de gran ayuda la relajación, cómo y dónde pueden hacerla así como el efecto que tiene en su cuerpo, en su vida y con la diabetes. Invitar a la reflexión.

Materiales:

- Ropa cómoda (no apretada) sin relojes, pulseras anillos, lentes u otros objetos que les aprieten o estorben.
- De 15 a 20 min. por sesión.
- Un espacio despejado, a temperatura ambiente, donde no haya interrupciones y sin /o poco ruido.
- Una cama, colchoneta, silla cómoda, sillón u otro objeto donde puedan recostarse o estar en una posición cómoda, cuidando que no les cuelguen los pies o la cabeza.
- Música tranquila, instrumental o para relajación (opcional).

Este programa lo llevan a cabo el área de psicología con el fin de restaurar la tranquilidad del cuerpo.

- PROGRAMA DE PLÁTICAS Y TALLERES

Este programa tiene como finalidad dar información detallada de cada uno de los temas a los pacientes.

Objetivos.

- Que las personas tengan un claro conocimiento acerca de la diabetes mellitus 2.
- Que conozcan cuales son las complicaciones de la enfermedad.
- Que conozca cuales son los cuidados que tiene que seguir.

TALLER: “REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y MODIFICACIÓN DE PATRONES” (OPORTUNIDAD A LA VIDA)

A:- Fundamentación teórica

Se pretendió realizar una aportación para la atención a las personas con diabetes, ya que éstas son las últimas a las que se les escucha, sin embargo, son las que padecen la enfermedad.

Al escuchar a esta gente nos damos cuenta que la enfermedad es algo más que el deterioro de su organismo o niveles de glucosa. Es su forma de convivir, de sufrir, de disfrutar, de compartir, de ir a fiestas, de quedarse en casa, es simplemente su forma de vivir.

Uno de los aspectos que influye determinantemente en la manera en cómo viven y en cómo se atienden para controlar sus niveles de glucosa, es la cultura en la que se desenvuelven, así, ésta estructura su manera de pensar, es decir, las creencias que tienen sobre la diabetes.

Cada cultura tiene una distinta manera de explicar y de atender a la diabetes. Las personas diabéticas se guían conforme a estas creencias, de aquí que sea importante escuchar qué cosas han oído, qué cosas han visto, etc.; pues esto, determina la manera en que van a comportarse para brindar una atención a su diabetes.

Es así como, las creencias que las personas tienen sobre la enfermedad, forma las percepciones de su enfermedad, y mediante éstas es cómo se comportan para buscar o no un control de su glucosa, así como el de evitar que se presenten las complicaciones tempranamente.

Por esto, se creó un programa de intervención psicológica que aporta una propuesta conceptual alternativa al tratamiento médico institucional de la diabetes, pues la estrategia médico institucional no ha tenido los efectos esperados, ya que las muertes a causa de esta enfermedad, o sus complicaciones, siguen en aumento.

Así, esta propuesta complementa esta estrategia, pues la psicología también puede contribuir a que las personas con diabetes busquen controlar sus niveles de glucosa, pero esta última debe aplicarse conforme a la cultura de los

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

enfermos. Es decir, para controlar la diabetes, es imprescindible conocer los patrones culturales de estas personas.

Además, este programa es un aporte novedoso para tratar la diabetes. Está sustentado sobre dos aspectos: los conocimientos científicos y tecnológicos utilizados por la medicina y sobre los patrones culturales de las personas.

B.-Propósitos

- a) Elaborar una intervención psicológica para cambiar las creencias de las personas que obstaculizan el tratamiento de la diabetes.

C.-Objetivos Generales

- a) Ofrecer a las personas con diabetes una alternativa cognoscitiva, para que observen a su enfermedad desde una perspectiva que les permita cambiar sus pensamientos y creencias que se contraponen al control de su enfermedad.
- b) Coadyuvar para que las personas con diabetes perciban su enfermedad como una oportunidad para mejorar la calidad de vida.

D.- Procedimiento

Fase 1. Elaboración del programa

- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de creencias alternativas, ideas centrales que fueron manejadas como premisas.

Fase 2. Aplicación del programa

- El programa se aplicará una vez por semana, de manera grupal.
- Se realizaran dos premisas por sesión.

E.- Evaluación

- Se transcribirán los informes verbales de las personas sobre:
 1. Lo aprendido en las sesiones.
 2. Cómo lo aplicaron en su vida diaria.
- Al final del programa, en la última sesión, se realizará una discusión con las personas, de manera grupal.
- Al inicio y final del programa las personas se realizaron una prueba química sanguínea para tener un registro de su glucosa.

TALLER: “CUIDADOS PARA LA SALUD”.**A.- Fundamentación teórica**

Actualmente dentro de la práctica médica hegemónica se ha observado que la población de personas no cuenta con la información suficiente acerca de la diabetes. Esta desinformación produce incertidumbre, miedo a; y poco interés en las personas. Incluso se llega a generar información incorrecta e incierta que llega a ser contraproducente para el tratamiento de la diabetes.

La necesidad de que la gente y los pacientes conozcan la mejor información acerca de la diabetes es primordial para atenderla desde cualquier nivel de atención y desde la óptica de cualquier disciplina del área de la salud.

Es importante destacar que entre más informado se encuentre el diabético, tendrá más herramientas para comprender y controlar su padecimiento. En países como EE.UU., se han implementado programas enfocados específicamente a la educación para la diabetes e incluso existen educadores para la diabetes que ponen al alcance de pacientes, familiares y profesionales un apoyo enorme para el tratamiento de este problema.

B.- Propósito

Se pretende que la gente tenga conocimiento de su enfermedad, a través de información brindada por las distintas disciplinas del DUPAM, con la finalidad de aprender la manera correcta de proporcionarse una mejor calidad de vida; ya que en la medida que las personas conozcan sobre la diabetes y los cuidados para su salud podrán intervenir oportunamente, evitando las complicaciones agudas y crónicas e incluso enfermedades asociadas a la misma.

C.-Objetivo General

Que adquieran el conocimiento de la diabetes, sus manifestaciones, diagnóstico, complicaciones, manejo integral, así como las enfermedades relacionadas con la misma.

EMOCIÓN Y DIABETES EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL DUPAM

Tabla 13.

Cuidados para la salud (DUPAM)

FECHA	TEMA	PARTICIPANTES	IMPARTE
	Mitos y realidades de la diabetes		Medicina
	Diabetes		Medicina
	Complicaciones de diabetes		Medicina
	Pie diabético		Medicina
	Alimentación y diabetes		Medicina
	Diabetes y salud bucal		Odontología
	Hipertensión		Medicina
	Relajación y estrés		Psicología
	Sexualidad		Medicina y Psicología
	Ejercicio Físico		Medicina
	Auxiliares de limpieza y técnica de cepillado		Odontología

Nota: Esquema del taller, con temas específicos y disciplina que las imparte

PROGRAMA DE EVALUACIÓN CONVIVIOS

El programa de evaluación consistía en realizar convivios con los pacientes inscritos en el programa. Además que aprendieran a comportarse en los convivios, como era el hecho de compartir, platicar, saborear los alimentos, por lo que se les explicaba que debían servirse el equivalente a una ración, probar los diferentes alimentos. Esto con el fin de que en los festejos familiares, navideños, etc. apreciaran y saborearan los alimentos y no sentirlos como un sacrificio o rompieran con su tratamiento.

Objetivos.

- La evaluación del programa hacia el paciente con diabetes.
- Aprender a comer adecuadamente.
- Cambiar sus estilos de vida.

El consumo de alimentos puede ser la que sea pero en cantidades pequeñas, por ejemplo, los hidratos de carbono (azúcares) se consumen en cantidades muy pequeñas al igual que los anteriores las proteínas (carnes) se consumen en cantidades pequeñas y los lípidos que son las grasas que si bien es cierto es necesario para el cuerpo el consumo es también regulado para las personas con diabetes.