



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**ESTADO DEL ARTE EN EL DUELO CON DIABÉTICOS:
PROPUESTA PARA UNA CALIDAD DE VIDA.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**P R E S E N T A:
PENSAMIENTO HERNÁNDEZ VITE.**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ.**

**COMITÉ DE TESIS:
MTRA. MARGARITA MOLINA AVILÉS
MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS.
MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS.**



Ciudad Universitaria, D.F.

2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.	4
Resumen- Abstract.	5
Introducción.	6
Capítulo I Principios del Duelo.	
1.1. Antecedentes.	12
1.2. Definición de duelo.	15
1.3. Clasificación y Etapas de duelo.	17
1.3.1. Reacciones del duelo.	20
1.3.2. Proceso, Objetivos Terapéuticos y Tareas de duelo.	21
1.3.3. Intervención y apoyo a las personas en duelo.	25
1.4. Teorías y modelos.	26
1.5. Tratamiento psicológico.	31
Capítulo II Axioma de la Diabetes.	
2.1. Antecedentes.	36
2.2. Definiciones de diabetes.	38
2.3. Tipos de diabetes.	39
2.4. Diagnóstico de la diabetes.	44
2.4.1. Etiología de la diabetes.	46
2.4.2. Tratamiento de la diabetes.	52
Capítulo III Progreso de la Calidad de Vida.	
3.1. Antecedentes de la calidad de vida.	54
3.2. Definición de calidad de vida.	61
3.3. Salud y calidad de la vida.	63
3.4. Teorías, enfoques.	65
3.5. Evolución de programas basada en la calidad.	69
Capítulo IV Propuesta de intervención.	
4.1. Justificación.	71
4.2. Objetivos.	71

4.3. Participantes.	72
4.4. Materiales y Escenarios.	
4.5. Duración.	73
4.6. Sesiones.	
4.7. Discusión de Alcances y Conclusiones.	81
Referencias.	84

Dedicatoria.

Este trabajo está dedicado principalmente a mi madre María de La luz Vite Hidalgo por sus palabras de aliento, a mi padre Pedro Hernández Cruz por darme la orientación en mis decisiones, a mi hermana Graciela Odette por estar en cada momento de mi vida y apoyarme de manera incondicional, a mis hermanos Alberto y Bricio, por brindarme su comprensión y confianza, al igual que mi sobrino Alberto que me motiva día a día, de igual manera también se la dedico a todos aquellos sobrinos (as) que vengan en camino, así mismo le agradezco a la D.E.C. y a la Asesora Mtra. Yolanda Bernal Álvarez en unión con la UNAM, por darme los cimientos necesarios para realizar este logro.

Además, en mi camino he tenido varias personas que me han dado la mano, porque de no haber sido por ellos no sería posible obtener este título.

Al mismo tiempo le dedico este escrito a mi novio Ulises Navarrete Medina y a su Familia por estar en constante apoyo en cada decisión tomada.

En el comienzo de mi camino profesional, este documento se lo dedico a todas aquellas personas que conocí y ahora son parte de un pasado, a las personas que se encuentran en mi presente y a las personas que estoy por conocer.

Resumen.

El duelo por diabetes suele ser un desequilibrio fisiológico y psicológico, el tratamiento consiste en la alimentación, sin embargo se hace difícil cuando el paciente no es consciente de sus actitudes ante esta situación, por lo que hace que el cuerpo se vaya deteriorando por no tener cuidado con lo que se come, ya que la resistencia al cambio es algo por el que atraviesa todo paciente por consecuente se proponen actividades para una calidad de vida en el paciente y su entorno, a fin de elaborar el duelo y así tener un autocontrol.

Abstract.

Grieving diabetes is usually a physiological and psychological imbalance, the treatment consists of feeding, however it becomes difficult when the patient is not aware of their attitudes to this situation by making the body will deteriorate by being careless with what you eat, and that resistance to change is something that crosses all patient activities are proposed for subsequent quality of life in patients and their environment in order to develop the duel and thus have a self.

Introducción.

Esta síntesis hace referencia a la pérdida de la salud que muestra el paciente con Diabetes en el momento que se confirma ante un Diagnóstico, donde se le da a conocer que la enfermedad lo va acompañar a lo largo de toda su vida, lo que viene a descompensar de manera psicológica al ver su perspectiva de vida, por el inmenso impacto emocional veces la primera reacción que se tiene es la de no creer. Otras veces, aunque se sabe que se tiene diabetes evitan cuidarse: ¿Para qué cuidarme? Estas y otras son formas de negación.

Puede llevar un tiempo en aceptar esta nueva situación, en cuanto más pronto acepte el diagnóstico se comienza a aprender acerca de su diabetes y aceptara que el plan de cuidados le produce a la persona una seguridad que difícilmente se puede alcanzar sin entender los motivos por los cuales se hace una serie de cosas que restan tiempo y que, a veces, pueden resultar incómodas, pesadas, ya que se trabaja con las emociones y sentimientos reprimidos etc. ¿Cómo alcanzar todo esto? Por supuesto, intentando aprender todo lo que pueda acerca de la diabetes, cuantos más conocimientos vaya adquiriendo, será una persona totalmente independiente, autosuficiente en el cuidado para el manejo de su enfermedad.

Por tal motivo se da a conocer los tipos de duelos y cuando es importante acudir con un psicólogo a fin de elaborar el duelo para que lo culmine de forma satisfactoria, esto se verá reflejado cuando el paciente con diabetes dedique más tiempo a vivir la vida e incorporarse a sus actividades y roles ante la sociedad.

En nuestra cultura occidental a la sociedad se le ha enseñado a no aceptar el dolor, por lo que se reprimen emociones y sentimientos debido a los prejuicios, ejemplo “los hombres no lloran”, en caso de expresarlos es símbolo de debilidad, por lo que se exige superar la crisis de manera inmediata.

Es preciso dar a conocer que la tristeza, la nostalgia y el dolor por la pérdida de salud son normales, se requiere de un tiempo y un espacio para expresarlas.

Algunas personas hacen todo lo posible por negar el duelo y poco a poco se van consumiendo hasta verse reflejado en el organismo mediante síntomas como dolor de cabeza, insomnio, etc., hasta convertirse en experiencia traumática lo que perdurará por algún tiempo.

La pérdida puede durar porque implica no solo una aceptación intelectual sino también emocional. El individuo en duelo puede ser intelectualmente consciente de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera.

Por consiguiente es necesario emplear la palabra “duelo” porque es el principio de la aceptación de pérdida de la salud, para recuperar el equilibrio emocional que juega un papel importante en la vida de cada persona y depende también los roles que esta realice.

Las personas buscan tratamiento en los servicios de la salud porque se sienten bloqueadas. Entre 10 y 15% de las personas que pasan por las clínicas de salud mental del Hospital General de Massachusetts tienen, bajo su estado psicológico particular, debido a un duelo no resuelto, Lazare Aaron, (1979) en J. William W (2004). Tienen ese sentir que no están cerrando el círculo como se debería con la pérdida de la salud, sienten que el duelo no se culmina para volver a vivir.

Por consiguiente el asesoramiento psicológico en procesos de duelo es ayudar para que la gente no arrastre el dolor a lo largo de su vida, ya que el duelo por pérdida de salud es un proceso y no un estado emocional.

Por su parte Parkes y Brown, (1972) en J. William W. (2004), menciona que “las personas en proceso de duelo padecen más síntomas depresivos durante el año que sigue a la pérdida que no están en proceso de duelo”

El duelo se puede acabar, en cierto sentido, cuando la persona recupera el interés por la vida, se siente más esperanzada, experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles.

Sin embargo el duelo sin resolver pueden abarcar varias generaciones e influir en el proceso de duelo actual tal como lo dice Walsh & McGoldrick, (1991), Paul (1965), Cit. en J. William Worden (2004), por tal motivo es necesario analizar el duelo y se requiere conocer antecedentes del paciente, si ha tenido pérdidas y cómo ha enfrentado tal duelo, por lo que es importante saber la historia de salud mental previa de la persona, para tener claro su salud anímicamente.

Bien lo dice Havinghurst (1953), Cit. en J. William Worden (2004), "Si un niño no completa una tarea de duelo a un cierto nivel, su adaptación se verá perjudicada cuando intente completar tareas a niveles más altos."

Es importante subrayar que la mayoría de las personas que sufren la experiencia de pérdida de cualquier índole no necesita ayuda psicológica especializada para recuperarse ya que han sabido cerrar ese círculo.

En este caso la presente revisión hace hincapié al duelo en diabéticos mellitus que se puede definir como; la pérdida de la salud por ello se dará a conocer cada etapa, características y proceso tanto del duelo como de la diabetes con base a esto lineamientos propiciar una vida de calidad, mediante una propuesta de intervención.

Por tal motivo es necesario comenzar definiendo en términos generales que la diabetes y el duelo son dos en un mismo dolor, es conveniente decir que la diabetes es un problema en el metabolismo ya que el páncreas no produce insulina y procesar la glucosa en energía, en el caso del diabético su metabolismo no hace tal trabajo por lo que el cuerpo se va deteriorando a raíz de este proceso.

La diabetes desde hace 5 años ocupa el primer lugar como causa de mortalidad general en México.

Es más típica en personas jóvenes por debajo de los 30 años. Oviedo Ma. Teresa -Gómez, Reíd (2007), Secretaría de Salud, SSA, (2005) en Pérez Sales Pau (2006).

El interés de cómo trabajar el duelo a beneficio del paciente y crear consciencia de la responsabilidad que tiene consigo mismo, y no verla como un obstáculo sino más bien como una oportunidad de restauración de vida.

Por otra parte es significativo establecer los indicadores de un duelo según las etapas, tipos de duelo, características y proceso para diferenciar de un duelo normal y un duelo patológico, así mismo la importancia de un proceso psicológico que todo paciente debe recurrir.

Así mismo el interés académico es que conozca la información reciente que les pueda ser de utilidad para efectos de estudio o algún tipo de estrategia que se desee implementar como; talleres, conferencias, al igual es de gran interés a un profesionista ya que se planeará dicho tema en diferentes enfoques psicológicos, para un progreso en el paciente y así cumplir el objetivo primordial que es otorgar elementos necesarios para una calidad de vida.

El marco teórico está sustentado por una gama literaria, cuya investigación fue realizada en sustentos teóricos, modelos, enfoques, para una mayor comprensión la revisión del estudio del arte está dividida en 4 capítulos.

En el **capítulo I** Se hablará del duelo sus antecedentes, etapas, tipos, características y proceso a fin de entender que pasa en la vida del paciente diabético y ubicarlo según corresponda para darle elemento que le servirán para enfrentar su situación y que este deje de ser un una víctima y se encargue de vivir la vida adaptándose a las condiciones que le favorezcan para una calidad de vida.

Con respecto a las teorías son necesarias mencionarlas para que los profesionistas, estudiantes, etc., sean la base para aplicar una variedad

actividades planteadas, terapia, etc., solo que se debe analizar como son los pacientes con respecto a su personalidad para tener un resultado favorable al culminar las actividades o es su caso terapia psicológica, ya que cada una de ellas tiene su direccionalidad y modo de actuar.

Mientras que el **Capítulo II** Para poder valorar lo que se tiene en la rama de la medicina para controlar la enfermedad que ataca a niños y adultos por igual, a su vez entrelazarla con la psicología y su intervención, por tal motivo es pertinente ahondar en las referencias que se tienen con relación a la diabetes, y así conceptualizarla para entender los tipos de diabetes que se presentan en los pacientes para entender la etiología, diagnóstico y tratamiento.

Cuyo objetivo primordial es generar en el paciente un control u equilibrio en su cuerpo ya que si se tiene una inadecuada descompensación en la alimentación se suele recaer el paciente hasta el borde de la muerte.

Por consiguiente el **Capítulo III** Conocer cuáles son los parámetros para decir que se está en una calidad de vida, con respecto a la pérdida de salud que se tiene y poder funcionar en algunas profesiones u oficios, es decir, transformando sus hábitos de vida, ya que una vida sedentaria no es la mejor más en estos casos.

Además se dará a conocer las teorías de la calidad de vida, y con ello tener elementos para poder planear ideas encausadas a controlar la calidad de vida.

Y por último el **Capítulo IV** Los pacientes diabéticos suelen pensar que con esa enfermedad son inútiles y por tal motivo son carga para sus familiares lo que les es fácil ser víctimas y el mismo duelo se los va acabando ya que son pensamientos negativos que se introyectan poco a poco hasta el grado de tirar la toalla y piensan en el suicidio por lo que se requiere de una propuesta de intervención para darles

direccionabilidad de vida y vuelvan a forjarse metas con base a sus capacidades a teniendo sus puntos débiles.

Y en última instancia concluir el documento con sus ventajas y desventajas del motivo de porqué de la calidad de vida.

Esperando que la tesina sea de gran interés para todos los lectores y al mismo tiempo pueda caucionar, en otras palabras prevenir los daños de la diabetes y culminar con los prejuicios.

Es por ello que se sugieren algunas actividades a desarrollar con respecto a estos pacientes dentro del proceso terapéutico. Así mismo que esta indagación de la diabetes en proceso de duelo para una calidad de vida, sea motivador para estudiantes, profesionistas y para todo aquel que lea este documento generando cambios en la vida en pacientes diabéticos que se encuentren a su alrededor y que todo este documento no solo que quede en escrito, más bien espero que exista una verdadera transformación.

Capítulo I Principios del Duelo.

1.1 Antecedentes.

El duelo surge en 1900 con el psicoanálisis, sus efectos, tratamiento y para 1969 Zurich, Suiza, Kúbler -Ross escriben el libro titulado "On Death And Dying" (La muerte y los moribundos), enfatizando que consiste en el proceso de morir con dignidad. Mientras que en Europa, hasta finales de la Edad Media, se habla del tiempo de los yacentes, quienes eran conscientes de la llamada muerte domesticada con respecto a la opinión de un médico era irremediable, hecho por lo que los familiares y amistades se reunían, como lo comenta Laín Entralgo Cit. en Pilar B. (1984), dicha actitud era de sumisión ante la muerte, el moribundo se despedía de los suyos, suplicaba perdón por sus ofensas.

A pesar de tal suceso del moribundo, aún seguía presente en los puntos de reunión social por lo que hizo o por cómo era con los demás, teniendo como concepción que el familiar fallecido cuidaría de los suyos e intercedería con el ser superior conocido como Dios.

Para finales de esta misma época se denomina "Muerte de uno mismo" o "Muerte propia" (Death Of The Self). Entiéndase de recuerdos de la vida como un recuento por la misma impotencia de evitar la pérdida. En tal lapso se evidencian dos actitudes totalmente opuestas, la primera consistía en valorar lo que se hizo durante la vida y en segundo lugar el fracaso de metas que faltó culminar o las actitudes que se tuvieron ante diferentes situaciones; después de la muerte se tiene esa creencia que se incentiva a la actitud que se tuvo frente a la vida si se fue "Bondadoso o Injusto", y con base a eso tener una vida eterna.

A partir del siglo XVII, la muerte se volverá salvaje, se alejará de los vivos y se ocultará definitivamente como en nuestra época.

Así, durante los siglos XVII Y XVIII domina una actitud ambivalente de muerte lejana y próxima. Con la asimilación del dualismo cartesiano, morir supone la separación del alma y el cuerpo. Se sabe que se morirá y la meditación sobre la muerte no se centra en las últimas horas sino que persiste durante toda la vida. El dolor es igual a separación o ausencia del objeto amado, expresar el dolor mediante el llanto no se acepta, ni mucho menos se toleran las expresiones de manifestaciones personales.

El dualismo en unión a la disección de cadáveres, produjo durante el siglo XVIII el predominio de un sentimiento de pánico ante la idea de ser enterrado vivo, puesto que la muerte no era real y absoluta hasta la descomposición.

En el siglo XIX, la atención de la muerte de uno mismo a la muerte ajena (Death Of The Other) se centró en lo que les sucedía a los que se quedaban a sufrir la separación del difunto.

La visión romántica de la muerte se fijaba en el proceso de duelo más que en la muerte misma, el momento de morir se caracterizaba por el estrés de la separación. La muerte propia conlleva la unión de los seres que se nos adelantaron.

Para el siglo XX, en las zonas más industrializadas y más urbanizadas comienza a instaurarse la muerte invertida, la sociedad expulsa a la muerte, salvo la de los hombres de estado, no hace pausas y continúa como si nadie hubiera muerto.

Al desahuciado ya no se le avisa, para evitarle daño o desalentarlo (aunque muchas veces es el primero en saberlo), llegando así el silencio colectivo, por lo que la extremaunción dejó de ser el sacramento de los moribundos, para ser el de los muertos, llamado sacramento de los enfermos.

Se tenía la creencia que era ofensivo morir en público, por lo que morir solo, para el moribundo era mejor, se siente pudor ante la muerte, por lo que se saca de la casa para ser llevado a instituciones y hospitalizarlo, suele darse el “Encarzamiento Terapéutico”, es decir, prolongar la muerte mediante cuidados externos que no tienen cura.

Durante el “Enlutado”, se aislaban (si era una persona adulta el dolor era más), por los recuerdos absorbidos en los muebles o cosas del que ha fallecido, esto ligado al grado de vinculo que se tenía con el difunto.

En el proceso de aceptación se siguen visitando las tumbas y posteriormente el recuerdo se lleva de manera privada. En ciertos casos algunos parientes no están presentes en el momento de la preparación del ser querido, ni mucho menos cuando se les entierra o se les incinera.

Para finales del siglo XIX y principios del XX tales cuidados del familiar moribundo reciben el nombre de Cuidados Paliativos, el cual afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal y tienen como origen filosófico el movimiento Hospice Inglés, su mayor exponente fue la fundación en 1967 del St. Christopher Hospice por la Dra. C. Saunders.

Se estima que entre el 10% y el 17% de las personas que acuden a un profesional de la salud mental presenta signos de duelo, según Zisook, (1985) & Lazare, (1979), Cit. en Martín Leila N. (2009).

El Psiquiatra Engel George Cit. en J. William Worden (2004), argumenta que el duelo presenta una desviación del estado de salud y bienestar, al igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeopático, así mismo se requiere de un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio Psicológico.

Erich Lindemann Cit. en J. William Worden (1944), fue uno de los primeros que intento realizar estudios de las reacciones normales del duelo de manera sistemática, cuando era jefe de Psiquiatría en Hospital General de Massachusetts. El duelo se ha comparado con la enfermedad física. En el Antiguo Testamento, el profeta Isaías aconseja “Vendar los corazones rotos de dolor” dando la impresión de que el duelo agudo puede dañar de alguna manera al corazón.

1.2 Definiciones de Duelo.

Para Maldo (2003) & Machado (2002), el dolor, es algo que hace reflexionar acerca de lo que se es, y de lo que se hará; la separación de algo o de alguien constantemente causa dolor, ese mismo dolor hace reflexionar acerca de cómo se debe vivir y de cómo enfrentar dicha pérdida. Estos autores describen que las diversas pérdidas van preparando para la vida misma, así como para la última gran pérdida a la que se enfrenta el ser humano, que es la propia muerte.

Caparrós Nicolás & Sanfeliú Isabel (2004), descartaron que el duelo es un desafío, un combate entre dos. Cuando el terreno en que se lleva a cabo concierne al interior de un sujeto, implica una serie de operaciones mentales: el objeto perdido es investido libidinalmente por el sujeto, parte de esa libido se desvía a su Yo, lo que se traduce en un repliegue narcisista, el interés por el exterior disminuye y los recuerdos inundan.

Para entender este panorama es preciso nombrar algunos autores que ayuden a comprender de manera conceptualizada la palabra duelo/pérdida como lo hace Kroren Cit. en Tizón (2004), que enfatiza que duelo proviene de la palabra latina Dolos, que significa “Sentir un dolor profundo”.

En este caso este documento va dirigido a la pérdida de la salud como lo enfatiza Neimeyer Cit. en Tizón (2004), la pérdida se entiende como quedar privado de

algo que se ha tenido (Pérdida de amistades etc.), fracasar en el mantenimiento de una cosa que se valora (Cuando les roban, etc.), reducir alguna sustancia o proceso (Pérdida de habilidades físicas, etc.), o destruir (Las pérdidas causadas por una guerra).

Por lo que genera cambio como bien lo resalta Tizón (2004), el proceso de duelo se define como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo deudo estaba psicosocialmente vinculado.

“El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad” Buckay J. (2004).

Para O’Connor (2007), es una respuesta normal y la angustia de la pérdida es un proceso de recuperación después que ocurre una pérdida perturbarte en la vida.

Por lo que el asistir a un profesional en la materia es lo más conveniente, para trabajarlo y evitar una patología.

Para la Real Academia Española (2007), define al duelo como una reacción emotiva, natural y normal que sufre una persona después de haber perdido algo o alguien a quien consideraba importante.

Bautista (2009), menciona que el término Duelo es una palabra homónima, recaen sobre ella dos significaciones etimológicas, de las que provienen dos vocablos latinos; Dolus, del latín Tardío, que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. Duellum, variante fonética arcaica de Bellum, que significa Batalla, desafío, combate entre dos.

El duelo es una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido o de un estatus humano determinado, según Millán-González Ricardo & Solano-Medina Nicolás (2010).

1.3 Clasificación y Etapas del Duelo.

Se clasifica en duelo normal y duelo patológico, este último se divide en cuatro momentos diferentes.

Duelo Normal: Hace referencia a un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida, lo que puede durar hasta 2 años.

Se divide en tres tiempos:

- A. Primera Etapa: Se caracteriza por un estado de choque, es decir; alteración en el afecto con una sensibilidad y el intelecto paralizado afectando los aspectos fisiológicos como el ritmo cardiaco, náuseas o temblor.

Las reacciones son: Rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario exaltado. Se trata de un sistema de defensa. En otras palabras la persona que ha sufrido la pérdida, inconscientemente realiza un bloqueo de sus actividades de información, esta fase es de corta duración, se detecta desde el diagnóstico, para concluir con el tratamiento a seguir.

- B. Etapa Central: Se presenta la depresión, se experimenta un sentimiento de soledad, suele ser de mayor duración y se ponen a repensar qué no se hizo.

C. Etapa Final: Es el periodo de restablecimiento, comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir y expresar los deseos. Se caracteriza por el desarrollo de nuevas relaciones sociales.

Buckay, Jorge (2008), menciona cuatro etapas de duelo:

1. La Negación de la Realidad: Negamos el vacío que se adquiere al perder la salud y se piensa que nunca se va a recuperar la estabilidad emocional, debido a que existe una depresión y tristeza ante la ausencia del objeto amado.
2. Se Experimenta Ira, Enojo, Culpa y Frustración: La ansiedad es desbordada hasta sentirse culpable por no haber sabido cuidar bien al ser querido y en algunos casos se presenta el enojo a sí mismo por no haber dado tiempo a demostrarle que se le quería. También puede haber enojo contra los médicos por creer que no supieron salvarle la vida o aún más contra la propia persona fallecida por abandonarles e incluso contra Dios por permitir sentir tanto sufrimiento.
3. Compromiso: Se llega a comprometer a sí mismo y con los demás. Comenzando a tener de nuevo relación con la realidad. El enojo. La frustración, la culpa y la ansiedad comienzan a disminuir.
4. Finalmente después de ir y venir en las etapas anteriores se acepta lo que ha ocurrido. Y se empieza a vivir con el aquí y el ahora.

He aquí cuando se dice borrón mi cuenta nueva, para así recomenzar de nuevo con un aprendizaje previo a otro duelo con más elementos para confrontarlo.

Duelo Patológico: En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “Duelo Complicado”.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente, su intensidad no coincide con la personalidad previa del pariente, igualmente impide amar a otras personas o interesarse por ellas, también se presenta cuando el sujeto se ve invalido en su vida diaria, sin más ocupación que la remembranza de lo perdido. Su duración de duelo, es de 3 años o más.

Duelo Anticipado: Existe un Proceso de diagnóstico previo o puede ser mucho más antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para lo que viene.

Pre-Duelo: Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “En el estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.

Duelo Inhibido o Negado: Se niega la expresión del duelo por que la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.

Duelo Crónico: Es el que tiene duración excesiva y no se llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda la vida.

1.3.1 Reacciones de Duelo Normal y Duelo Patológico.

Este patrón es una muestra de las reacciones esperadas de forma habitual en alguna de las fases del duelo:

Sentimientos: Negación, incredulidad, insensibilidad, apatía, rabia, tristeza, miedo, angustia, culpa, soledad, impotencia, cambios de humor confusión, embotamiento emocional, etc.

Sensaciones Físicas: Nauseas, palpitaciones, opresión en la garganta o el pecho, nudo en el estómago, dolor de cabeza, debilidad muscular, falta de aire, sequedad de boca, temblores, oleadas de calor, visión borrosa, hipersensibilidad al ruido, etc.

Cogniciones: Incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones, pensamientos de muerte, etc.

Conducta: Llanto, retraimiento, enlentecimiento motor, trastornos del sueño, alimentación, distracción, aislamiento social, comportamiento compulsivo, evitación de lo que evoca el recuerdo de la pérdida, buscar y llamar al fallecido, hiperactividad, etc.

Manifestaciones Espirituales: Planteamiento del sentido de vida, crisis espirituales o de Fe.

Muchas de estas reacciones pueden considerarse señales de que un duelo puede ser patológico si su duración o intensidad fueran excesivas. Horowitz et. al. (1900), Cit. en Martín N. Leila (2009), resume las señales que pueden llevar a duelo complicado o patológico como aquel cuya intensificación llega a un

nivel en el que la persona está desbordada, recurre a conductas impropias o permanece en el proceso sin avanzar a su resolución.

1.3.2 Proceso, Objetivos Terapéuticos y Tareas del Duelo.

Previamente, el duelo por salud es un proceso no un estado emocional, por lo que se sugiere elaborarlo, para esto es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

1. Calidad de la relación con la persona.
2. Circunstancia de la muerte por enfermedad.
3. Personalidad (temperamento, historia, conflictos personales).
4. Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer en caso de que hubiera padecido alguna enfermedad crónica.
5. Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
6. Problemas concomitantes (dificultades económicas, otras enfermedades, asuntos inconclusos).
7. Pautas culturales de entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
8. Edades extremas del fallecimiento. (muy viejo o muy joven).
9. Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo, o fallecimiento en sucesión).
10. Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal.

Según Poch y Herrero (2003) Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007), mencionan 7 elementos para el proceso de duelo:

1. Proceso: Cuando una persona sufre una pérdida suele tener la sensación de que el mundo se paraliza y de que va a quedar de esa forma en adelante. No obstante, se sabe que el duelo es un proceso que evoluciona a través del tiempo y espacio.

2. Normal: El proceso de duelo es algo que le ocurre a toda persona frente a una pérdida significativa, aunque las formas de afrontarlo sean diferentes. No obstante pueden sentir, pensar o hacer cosas distintas; por lo que es normal reaccionar ante una pérdida.
3. Dinámico: El paciente experimenta diferentes cambios emocionales a lo largo de su padecimiento, la sensación de bienestar o malestar estarán presentes durante el proceso de duelo, es decir tendrá altibajos.
4. Que depende del reconocimiento social: Cuando una persona sufre una pérdida, son esta y su entorno quienes reciben el impacto, por lo que la persona iniciará un proceso de duelo individual y colectivo.
5. Intimo: El componente individual de la pérdida le confiere la posibilidad de desarrollar reacciones diferentes frente a situaciones similares, de modo que cada persona reaccionará ante una pérdida como ha aprendido o como pueda.
6. Social: Las pérdidas pueden conllevar rituales culturales como, por ejemplo, los diferentes protocolos funerarios que se dan en el mundo.
7. Activo: La persona tendrá un papel activo en la elaboración de su propia pérdida, porque es quien deberá hacer sus propias elecciones y otorgarles significado.

Según Elizabeth Kübler-Ross Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007), en el proceso de duelo se presenta fases:

1. Negación y Aislamiento: Permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase. Es una respuesta provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2. Ira: La negación se sustituye por la rabia, la envidia y el resentimiento. Es una fase difícil de afrontar para todos los que rodean, se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones puede quejarse por todo, todo les viene mal y es criticable.
3. Dolor y Lágrimas (Culpa o Vergüenza): La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para evitar reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.
4. Pacto: Ante la dificultad para afrontar la difícil realidad más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para superar la traumática vivencia.
5. Depresión: Cuando no puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado temporal, para la aceptación de la realidad, es contraproducente animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final. Se requiere de mucha comunicación verbal ya que hay mucho para compartir.
6. Aceptación: Comienza a sentirse una cierta paz, puede estar bien solo o acompañado, hay tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va asignando.
7. La Esperanza: Es la que sostiene y da fortaleza, al pensar que se pueda estar mejor, se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendental de cada uno, donde se da sentido de

búsqueda con respecto a una misión que cumplir, lo que es un gran estímulo al paciente con diabetes y alimenta la esperanza.

Según Verdugo (1999), comentan que dependiendo de la dimensión del impacto emotivo, es decir; de la identidad, la sexualidad, la dignidad personal, las relaciones familiares, etc., serán factores que influirán en los aspectos funcionales o estéticos, cualquier límite físico será percibido como una amenaza al propio bienestar y/o desencadenaran un abanico de reacciones según la gravedad o intensidad del mal.

Objetivos Terapéuticos.

Siguiendo la explicación de Bowlby (1980) Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007), porqué funciona la terapia del duelo, se concluye en 3 objetivos:

1. Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos.
2. Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones.
3. Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.

Tareas de Duelo.

- ✓ Aceptar la realidad de la pérdida.
- ✓ Elaborar el dolor de la perdida.
- ✓ Ajustarse a un ambiente sin el difunto.
- ✓ Reubicar emocionalmente al paciente con diabetes y progresión de la vida.
- ✓ La culminación del proceso.

1.3.3 Intervención y Apoyo a las Personas en Duelo.

Los objetivos de la intervención con las personas en duelo pueden esquematizarse en cinco puntos:

1. Mejorar la calidad de vida del doliente.
2. Disminuir el aislamiento social.
3. Aumentar la autoestima.
4. Disminuir el estrés.
5. Mejorar la salud mental (Prevención de enfermedades).

Existen dos grandes signos que indican que el doliente ya supero su duelo.

- ✓ La capacidad de recordar lo que le generaba dolor, sin llorar.
- ✓ La capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los roles de vida.

Y una forma de confirmar la recuperación es probar cuánto tiempo se ocupa en pensar en lo perdido.

El objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo es ayudar a sobrevivir, aumentando la realidad de la pérdida expresando las emociones latentes y sólo puede lograrse una recuperación si aquellos llevan a cabo el trabajo de duelo.

1.4 Teorías, Modelos y Técnicas.

Las teorías son ideas sustentadas con bases forjadas en experimentos que arrojaron resultados con diferentes corrientes psicológicas, que a continuación se irán mencionando según se requiera, como primer término se encuentra la teoría psicodinámica.

Teoría Psicodinámica.

El duelo se entiende como el bloqueo de la libido dirigida hacia el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto en una forma sana, por el contrario cuando este transcurso no ocurre de manera favorable surgen los reproches o culpables.

Teoría de Apego de Bowlby.

Es el desarrollo de los vínculos afectivos generando la necesidad que se tiene de protección, seguridad y además su objetivo fundamental es la supervivencia. Cuando tal vínculo se ve amenazado se obtienen reacciones emocionales intensas. Para este autor, el duelo es la ruptura del vínculo.

Teoría de los Constructos.

La sola ausencia de algo o alguien causa la ruptura de los constructos personales acerca del mundo.

Woodfield y Viney (1984) Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007), diferencia dos modos de actuación; El primero es la asimilación, es el sistema de constructos intacto, sus características son la negación, la hostilidad y la idealización. El segundo, la adaptación, cambia el sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente mediante un proceso activo y gradual.

Teoría Cognitiva.

Este modelo señala que el ajuste al duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas. En otras palabras, los pensamientos son responsables de la emoción y la conducta

humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad.

El duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de pérdida y el mundo cambiando en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida. Stroebe, (1992) Cit. en J. William Worden (2004).

Modelo Psicoanalítico.

En este modelo la función del síntoma (duelo) es mantener el equilibrio intrapsíquico, por lo que la tarea de la terapia es llevar a la conciencia estos restos del pasado y es en este momento cuando pueden volver a ser valorados y elaborarse de forma constructiva a beneficio del doliente.

Melanie Klein (1932 a 1957) Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007), concebía el duelo como el resurgimiento de un tema pendiente: la separación de nuestros padres, que nos da independencia pero no priva de ciertas satisfacciones. Así la separación de nuestros padres se sumaría a la pérdida actual, provocando emociones como la culpa, el odio, la ira, el amor, etc., además de cierto temor a perderlo todo.

Modelo Cognitivo.

El duelo lo ve como una enfermedad mental, es fundamentalmente un desorden del pensamiento, por lo que el doliente distorsiona su realidad de una manera particular.

Afectando de manera negativa para ver su realidad con el mundo y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.

El terapeuta cognitivo intenta familiarizarse con lo que piensa el doliente, sentimientos, creencias, conductas a fin de comprender las actitudes ante el duelo por pérdida de salud.

Modelo Humanista.

Los fundamentos por los que se sostiene este modelo son la auto comprensión y el crecimiento aunado la empatía, autenticidad y la aceptación positiva incondicional del terapeuta.

La terapia se enfoca en liberarlo de sus cargas y así obtener un crecimiento anulando obstáculos para que prosiga hacia adelante.

Modelo Psicosocial.

Las transiciones psicosociales son:

- ✓ En la infancia: Pérdida o separación de los padres por ingreso a escuela, hospital, etc.
- ✓ Adolescencia: Separación de los padres, del hogar y la escuela.
- ✓ Adultos jóvenes: Primera pareja estable, ruptura matrimonial, embarazos, abortos, nacimiento de un niño discapacitado, pérdida de trabajo, de un progenitor, migración, etc.
- ✓ Adultos y ancianos: Jubilación, pérdidas de funciones físicas, muerte de familiares cercanos, pérdida del hogar, enfermedad, incapacidad propia o de miembros de la familia. Tizón et. al. (1997, 1999, 2000, 2001), Cit. en Tizón (2004).

Todo esto puede generar un duelo el cual puede enfrentarse de diferentes maneras.

Attig (1996) Cit. en Martín Leila N. (2009), el proceso de duelo como una forma de afrontamiento activo que incluirá diferentes facetas a considerar: la intelectual y espiritual, la emocional y psicológica, la conductual y la social.

Las tareas del duelo serían la disolución de los vínculos emocionales con el muerto, el reajuste al medio sin la presencia física del difunto y el establecimiento de nuevas relaciones Tizón (2004).

Una perspectiva de duelo como realización de tareas hace hincapié en que la persona afligida, el duelo, es un agente de adaptación a la pérdida, incluso aunque no sea consciente de las tareas que afronta Tizón (2004).

Modelo Sistémico.

Considera que la patológica es con base a las relaciones no como un conflicto individual. El paciente se encuentra inserta en un sistema siendo los miembros de este sistema interdependientes. Por lo tanto, un cambio en los miembros afecta a todos los miembros del sistema. La terapia va centralizada a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

Modelo Biopsicosocial.

García de Haro, 2001 Cit. en Tizón (2004), hace referencia en los probables mecanismos neuronales que parecen subyacer en el proceso de duelo complicado.

Modelo Médico.

Plantea el proceso de duelo como una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica. Dicho en otras palabras, es una desviación del estado de la salud del ser querido.

Técnicas Conductuales:

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc) y situaciones externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "Procesarlos" (elaborarlos).

1. Programación de actividades de dominio-agrado: Por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.
2. Exposición Simbólica: Por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.
3. Exposición y Prevención de Repuestas de Evitación: Consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "Asociación Libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.
4. La Amplificación de Sentimientos: Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.
5. Juego de Roles: Psico-dramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevantes y que han sido

evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la Gestalt.

Técnicas Cognitivas:

Su objetivo es revisar la validez de las cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.

1. Descatastrofizar: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.
2. Reatribución: Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).
3. Auto aceptación: Se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (agresivos, odio, etc.) y se diferencia entre estos y la persona global.

1.5 Tratamiento Psicológico.

El proceso de duelo implica la indicación de una terapia, cuando los familiares o allegados recomendándoles un tratamiento si se observa que el duelo que atraviesa no es "Normal" y que presenta reacciones marcadamente divergentes a la pérdida (por ejemplo en presencia de conductas o intentos de suicidio).

Dentro de una terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la pérdida de salud.

Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional a la persona, tanto de parte del terapeuta como de la familia y amigos.

Los tipos de tratamiento recomendados para estos pacientes pueden ser tanto individuales como grupales y grupos de autoayuda.

La terapia grupal permitirá:

- ✓ Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.
- ✓ Mejorar la adaptación al medio.
- ✓ Aumentar la autoestima.
- ✓ Estimular la esperanza.
- ✓ Aumentar la auto-eficacia.
- ✓ Una visión diferente y positiva de la realidad.
- ✓ Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema.
- ✓ Enfrentar el duelo, en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo.
- ✓ Identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares.
- ✓ Estar acompañado y no sentir soledad.
- ✓ Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

Capítulo II Diabetes.

2.1 Antecedentes.

Las reacciones psicológicas a la Diabetes Mellitus, han sido objeto de interés desde principios del siglo XX. Las primeras investigaciones intentaban encontrar características específicas de quienes padecen esta enfermedad, ya antes mencionada.

Surge entonces el mito de la "Personalidad del diabético" con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando dichas características.

Cuando fracasó este intento, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como consecuencia de la enfermedad.

Dunn (1986), Portilla Lilia, Romero Ma. y Román J. (1991), hace referencia que los datos acumulados durante años, no muestran evidencias de que la persona diabética promedio sea psicológicamente diferente del resto de la población.

Si bien se reconoce que pacientes con peor control metabólico se muestran ansiosos, deprimidos, hasta el presente no se puede afirmar si estos síntomas llevan al descontrol o si el descontrol los provoca. Probablemente se den ambos mecanismos Simonds, et. al. (1981), Lockington et. al. (1987).

A pesar de la falta de evidencias de una respuesta psicológica generalizada, no hay dudas de que el padecer diabetes mellitus, genera reacciones emocionales, las cuales se reflejan en todas las etapas de la vida de quien la padece, influyendo así negativamente en el apego al tratamiento, dando como resultado su descontrol metabólico.

Es por esto que las investigaciones más recientes se centran más en el funcionamiento dinámico de las reacciones psicológicas Dunn (1986).

Para Portilla, L., & Romero, M. I. (1988), Cassem, N. H. (1980), refieren que uno de estos aspectos, considera los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para "Manipular" las demandas de la enfermedad, ya que exceden los recursos

adaptativos que poseía hasta el momento, es decir; los estilos de enfrentamiento a la enfermedad.

Otro factor modulador de las manifestaciones psicosociales de la enfermedad, lo constituyen los sistemas de apoyo social, entendiéndose como tales las relaciones que proveen a las personas de un apoyo material y/o espiritual, ya que le confieren una identidad social positiva. Potencialmente son fuentes de apoyo: La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o estudio, el personal de salud, especialmente para personas enfermas y las relaciones sociales en general (incluidas distintas instituciones) Alloway (1987), Coyne & Delongis, (1986), Beckery Mainman, (1980) Cit en Perea (2011).

Aún, no queda claramente establecido, de qué forma las características más estables del sujeto, limitan o favorecen cierto tipo de respuesta de enfrentamiento, ni el peso relativo de los rasgos de la persona en forma psicológica y el contexto social en la predisposición a responder en una forma particular, es innegable, la incidencia de todos estos factores en dicha respuesta Jenny (1984), Starfield (1980) Cit. en Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica (2012).

Por lo anterior, es necesario hacer una diferenciación entre los trastornos psicológicos en el paciente diabético, que pueden estar asociados directamente a su enfermedad y aquellos que tienen una relativa independencia de ésta.

Entre éstos últimos se incluyen trastornos de la personalidad y la conducta, neurosis y otras entidades psiquiátricas.

En relación con los trastornos asociados a la enfermedad, hay que considerar que la Diabetes Mellitus Tipo 2, es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento requiere llevar una dieta rigurosa, auto monitoreo de los niveles de Glicemia 4 veces al día, ejercicio físico y medicamento, (Insulina y/o Hipoglucemiantes Orales); esto requiere un reajuste en el estilo de vida del paciente. Las actividades y hábitos que

hasta el momento caracterizaban su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad.

Por lo que tiene que estar capacitado para la mayoría de los casos, Ej. Reacciones de inadaptación psicológica y social (más o menos duraderas), que son tributarias de atención especializada ya que pueden afectar el control metabólico.

Por esta razón requieren atención psicológica:

- ✓ Pacientes de reciente debut (comienzo).
- ✓ Pacientes descompensados psicológicamente por razones de origen psicológico predominantemente.
- ✓ Pacientes con dificultades en la adaptación a la enfermedad.
- ✓ Situaciones especiales durante el curso de la enfermedad.

El debut de la enfermedad, puede constituir en la mayoría de los casos, una etapa crítica. La persona se enfrenta sin esperarlo, y por tanto sin estar preparada para ello a una enfermedad crónica, que desajusta toda su vida, imponiendo un régimen riguroso de tratamiento, que debe cumplir diariamente y para lo cual no basta con tomar o inyectarse el medicamento en un momento del día, sino que debe reajustar toda la actividad diaria, a las nuevas demandas que la enfermedad le impone.

A pesar de la alta prevalencia de la D.M. (Diabetes Mellitus) en nuestro país, la educación sanitaria que posee la población sana y enferma es deficiente, situación que favorece la aparición de prejuicios y temor a la enfermedad.

El diabético que comienza, se preocupa y angustia por la forma de cómo cree, se va a desarrollar su vida a partir de ese momento.

No solo considera las verdaderas condiciones que le impone el médico para cumplir su tratamiento, si no que le agrega nuevas limitantes sugeridas por otras personas o valoradas por él, que hacen que perciba la enfermedad como más invalidante de lo que realmente puede ser.

Por estas razones, aparecen con frecuencia en esta etapa, síntomas ansiosos y/o depresivos que requieren tratamiento.

La atención psicológica para resolver la problemática de esta fase, puede valorar algunos de los siguientes recursos:

- ✓ Ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad.
- ✓ Psicoterapia de apoyo para ayudar a su reafirmación.
- ✓ Técnicas de reestructuración cognitiva que permitan rectificar las ideas, juicios y conceptos establecidos por el paciente, pero erróneos total o parcialmente. Estas técnicas pueden desarrollarse individualmente o en grupos.

El control metabólico del paciente diabético, es un fenómeno muy importante en el que intervienen otros factores como la dieta, la presencia de focos nocivos y las situaciones de estrés a que puede estar sometido el paciente. Estas causas de descompensación, pueden aparecer independientemente unas de otras o combinadas, lo que es más frecuente.

El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones, el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico, se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciadas por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad, constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la diabetes mellitus.

Por las características de la enfermedad y su tratamiento, es frecuente encontrar pacientes que no se adaptan y que por tanto no aceptan su condición de diabéticos. Esta situación es típica del debut, también puede observarse en cualquier momento del curso de la enfermedad, incluyendo aquellos pacientes que tienen mucho tiempo de evolución de la misma.

La inadaptación puede observarse tanto en lo personal como social, en el primer caso, se encuentran aquellos pacientes que se niegan a cumplir algunos aspectos del tratamiento, siendo muy frecuentes los casos que temen al uso de la insulina como medicamento o a la acción mecánica de la inyección en sí misma. Ante esta situación, la técnica de desensibilización sistemática suele ser un medio eficaz, así como la terapia cognitiva, pudiendo combinarse ambas.

La inadaptación social, es el resultado de la dificultad que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento en general o de las recomendaciones que se le han ofrecido para su cuidado en particular. La reorientación del paciente, partiendo de nuevas metas, resulta indispensable para sensibilizar al mismo con la necesidad de hacer reajustes en su vida hacia un estilo mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil, realizada socialmente, sin que esto conspira con la atención y cuidado de su enfermedad.

El apoyo familiar es particularmente importante en el paciente diabético, no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario del tratamiento, refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía.

2.2 Definición de Diabetes.

La palabra Mellitus (Del Latín Mel, "Miel") se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce, debido a que la glucosa se elimina por la orina.

El término Diabetes Mellitus (D.M.) define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas, según la O.M.S. (1999).

La O.M.S. (2009) la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia.

La American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes), clasifica la diabetes mellitus en 3 tipos: La Diabetes Mellitus Tipo 1, en la que existe una destrucción total de las células β (Beta), lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina. La Diabetes Mellitus Tipo 2 o No Insulinodependiente, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma. La Diabetes Gestacional, la cual es diagnosticada durante el embarazo y otros tipos de diabetes ocasionados por causas diferentes.

La diabetes es un conjunto de enfermedades que comparten como característica común altos niveles de glucosa (azúcar) en la sangre. La diabetes se manifiesta cuando el páncreas no es capaz de producir suficiente insulina (Diabetes Tipo 1) o cuando la insulina que es producida no es capaz de procesar la glucosa adecuadamente (Diabetes Tipo 2).

2.3 Tipos de Diabetes.

Diabetes Tipo 1:

La Diabetes Mellitus Tipo 1 (Insulinodependiente), es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina.

Se diferencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2, porque es un tipo de diabetes caracterizada por darse en época temprana de la vida, generalmente antes de los 30 años.

Sólo 1 de cada 20 personas presentan Diabetes Tipo 1, la cual se manifiesta frecuentemente en jóvenes y niños. La administración de insulina en estos pacientes es esencial, ya que el páncreas no produce la insulina.

La Diabetes Tipo 1 se clasifica en casos autoinmunes (la forma más común) y en casos idiopáticos. La Diabetes Tipo 1 se encuentra entre todos los grupos étnicos, pero su mayor incidencia se encuentra entre poblaciones del Norte de Europa y en Cerdeña. La susceptibilidad a contraer Diabetes Mellitus Tipo 1 parece estar asociada a factores genéticos múltiples, aunque solo del 15 al 20% de los pacientes tienen una historia familiar positiva. Antes conocida como diabetes juvenil y/o insulinodependiente.

Es un padecimiento de origen autoinmune, esto quiere decir que las células beta, encargadas de producir la insulina, son desconocidas y destruidas por el propio sistema inmunológico (anticuerpos encargados de proteger al cuerpo contra virus, bacterias y enfermedades).

Este proceso de autodestrucción es gradual y los síntomas comienzan cuando gran parte de las células ya han sido eliminadas. Se ha logrado identificar que esto puede comenzar varios años antes de que se diagnostique al paciente con diabetes.

De ser así, se cree que sucede por factores hereditarios y que se manifiesta a partir de un detonante que termina por declararse en diabetes, aún se desconoce la razón precisa por la cual se presenta este padecimiento.

Diabetes Tipo 2:

Diabetes Mellitus Tipo 2 conocida anteriormente como Diabetes No Insulinodependiente, es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.

Unos pacientes pueden tener más resistencia a la insulina, mientras que en otros se puede dar un mayor defecto en la secreción de la hormona. Los cuadros clínicos pueden ser leves o severos.

La Diabetes Tipo 2 es la forma más común dentro de la diabetes mellitus. La diferencia con la Diabetes Mellitus Tipo 1 es que ésta se caracteriza por una destrucción autoinmune de las células secretoras de insulina obligando a los pacientes a depender de la administración exógena para su supervivencia, aunque cerca del 30% de los pacientes con Diabetes Tipo 2 se ven beneficiados con el uso de insulina para controlar el nivel de glucosa en sangre.

La incorrecta función de la insulina conlleva un deficiente metabolismo celular, que produce un aumento de los ácidos grasos y de los niveles circulantes de triglicéridos, además de un descenso en la concentración de la Lipoproteína (son complejos macromoleculares compuestos por proteínas y lípidos que transportan masivamente las grasas por todo el organismo) de alta densidad.

La Hiperglicemia de larga duración causa daños en los nervios, ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. La Cetoacidosis (Coma Diabético) puede ocurrir en estos pacientes como resultado de estrés, como una infección, la administración de ciertos medicamentos como los cortico esteroides, deshidratación o deficiente control de la enfermedad.

La resistencia a la insulina es un importante contribuyente a la progresión de la enfermedad y las complicaciones de la diabetes.

La introducción de nuevos fármacos orales en los últimos tres años ha ampliado la gama de opciones disponibles para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2. A pesar de la mayor selección de agentes farmacológicos, es necesario destacar que el tratamiento de primera elección son los enfoques no farmacológicos incluyendo la modificación de la dieta, control de peso y ejercicio regular.

Una dieta combinada con ejercicio con el objeto de perder peso logra mejorar significativamente la sensibilidad celular a la insulina incluso antes de llegar al peso ideal. Se ha demostrado que el hacer ejercicio y perder peso en pacientes diabéticos y pre-diabéticos reduce su mortalidad y mejora su condición de vida. Los abordajes farmacológicos deben individualizarse, basándose en las características del paciente, el nivel de control de la glucosa y las consideraciones de costos.

Antes llamada del Adulto y/o No Insulinodependiente: Este tipo de diabetes empieza cuando el hígado produce glucosa en exceso y al mismo tiempo, los tejidos (principalmente el muscular) disminuyen el aprovechamiento de la insulina, lo cual provoca niveles altos de glucosa en sangre.

Esto se denomina “Resistencia a la insulina” (es un defecto en la utilización de la insulina) o también porque la producción de insulina deja de ser suficiente y se desencadena por distintas razones como: Obesidad, vida sedentaria, mala alimentación, en la mayoría de los casos el factor hereditario es determinante.

Diabetes Gestacional: Se presenta durante el embarazo en una mujer que no padecía diabetes anteriormente.

En este caso, también se trata de resistencia a la insulina. Durante el embarazo el organismo sufre cambios hormonales muy intensos y en la diabetes gestacional estas hormonas producen el efecto inverso a la insulina, elevando la glucosa en sangre. La mayoría de las veces esta condición desaparece al finalizar el embarazo, pero existen casos en que la diabetes permanece y se considera como Diabetes Tipo 2.

Otros manejan solo como Tipo 1 y 2.

Diabetes Tipo I: Desencadenada por la destrucción progresiva de las células beta de los Islotes de Langerhans debido a un proceso autoinmune. Este fenómeno disminuye hasta un 90% la función de las células productoras de insulina (células beta). La predisposición genética y la exposición a virus son factores a tener en cuenta si se estudia la patogénesis de esta diabetes.

La predisposición a este tipo de diabetes está relacionada en mayor o menor medida con los antígenos leucocitarios humanos, ya que si un sujeto portador de estos tipos de antígenos se expone a infecciones víricas, se producirá en su

organismo la destrucción de las células beta pancreáticas, bien de forma directa, o bien mediante un proceso de autoinmunidad.

Diabetes Tipo II: Sí se produce la insulina, aunque esta no satisface las necesidades del organismo, bien porque la producción es escasa y resulta insuficiente, o bien por la imposibilidad de ser aprovechada por las células.

En las personas con este tipo de diabetes se observó que existía una mayor incidencia de mutaciones genéticas que muestra resistencia en la insulina.

Esto se ve aumentado considerablemente por la obesidad. La producción de insulina endógena es la característica que diferencia a los tipos I y II.

La diabetes tipo II puede desarrollarse por tres alteraciones metabólicas:

- ✓ Resistencia a la Insulina: Puede ser debida a que los receptores de la insulina que no responden y/o son escasos en número. Como consecuencia de esto se produce la hiperglucemia, la glucosa no es asimilada por las células y queda en la sangre sin ser aprovechada.
- ✓ Descenso notable de la producción de Insulina: Debido a la disminución de la funcionalidad de las células beta causada normalmente por una fatiga de las mismas por una sobreproducción compensatoria de insulina.
- ✓ Producción inadecuada de Glucosa por el Hígado: El hígado en lugar de adecuar la liberación a los valores sanguíneos, lo hace de forma fortuita.

2.4 Diagnóstico de la Diabetes.

El médico realizará una serie de pruebas para confirmar el diagnóstico de diabetes, estas pruebas son:

Glucosa sanguínea en ayuno. Después de un ayuno de aproximadamente 8 horas. Este examen es utilizado para diagnosticar diabetes o pre-diabetes.

Tolerancia oral a la Glucosa. Esta prueba mide el nivel de glucosa en sangre después de un ayuno de 8 horas y después de 2 horas de haber tomado una bebida glucosa. Esta prueba puede ser utilizada para diagnosticar diabetes o pre-diabetes.

Glucosa sanguínea a cualquier hora del día. El médico realiza pruebas de glucosa en sangre sin importar a qué hora se tomó el último alimento. Esta prueba junto con una serie de síntomas es utilizada para el diagnóstico de diabetes, pero no de pre-diabetes.

Resultados positivos deben ser confirmados por el médico repitiendo la prueba de glucosa en ayunas o la prueba de Tolerancia a la glucosa en un diferente día.

Prueba de glucosa sanguínea en ayuno (PGA).

Debido a su fácil uso y a la aceptabilidad de los pacientes y el bajo costo, la PGA es la más utilizada. Ayuno se define como un periodo de 8 horas sin haber comido o tomado algún alimento.

Si el nivel de glucosa en sangre es de 100 a 125 mg/dl se presenta una forma de pre-diabetes llamada intolerancia a la glucosa en ayunas, lo que significa que existe el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aún no se tiene.

Un nivel de glucosa en sangre arriba de 126 mg/dl confirmado con otra prueba de glucosa sanguínea en ayuno realizada otro día, confirma el diagnóstico de diabetes.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

La PTOG requiere un ayuno de cuando menos 8 horas antes de la prueba. La glucosa en sangre en medida inmediatamente después, a intervalos de tiempo y dos horas después de haber bebido una solución glucosada con 75gr de glucosa disuelta en agua.

Si el nivel de glucosa está entre 140 y 199 mg/dl dos horas después de haber bebido el líquido, se tiene una forma de pre-diabetes llamada Intolerancia a la glucosa, lo que significa que existe el riesgo de desarrollar diabetes tipo dos pero aún no se tiene.

Una glucosa de 200 mg/dl o más después de dos horas de haber tomado la solución glucosada, confirmada con otra PTOG positiva realizada otro día, confirma el diagnóstico de diabetes.

Glucosa sanguínea a cualquier hora del día.

Una prueba de glucosa en sangre por arriba de 200 mg/dl o más, con la presencia de los síntomas que se mencionan a continuación confirma el diagnóstico de diabetes; sed excesiva, incremento en la frecuencia de orinar, pérdida de peso sin explicación. Otros síntomas incluyen cansancio, visión borrosa, aumento en el apetito y heridas que tardan en sanar.

2.4.1 Etiología de la Diabetes.

Las complicaciones de la diabetes se pueden presentar en cualquier tipo de diabetes. Estas complicaciones crónicas se desarrollan, en la mayoría de los casos, por un control deficiente (niveles elevados de glucosa en sangre por tiempo

prolongado) lo que deriva en daño en los riñones, la retina, los nervios o problemas vasculares.

Estas complicaciones suelen aparecer varios años después de haber sido diagnosticado el paciente con diabetes, pero también existe un factor hereditario que puede hacer más susceptible al individuo ante la aparición de ciertas complicaciones. Estas complicaciones son consecuencia de:

- ✓ Un deficiente control de la glucosa en sangre.
- ✓ Alcoholismo.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Colesterol alto.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Triglicéridos altos.
- ✓ Algunos factores inmunológicos.
- ✓ Factor hereditario.

a) Complicaciones Agudas.

Hay 2 tipos de complicaciones que pueden aparecer en las personas con diabetes:

- ✓ Cetoacidosis, que se manifiesta en personas con Diabetes Tipo 1.
- ✓ Coma Hiperosmolar, que puede aparecer en personas con Diabetes Tipo 2.

La Cetoacidosis es un estado de descomposición aguda que ocurre en personas con Diabetes Tipo 1 cuando no hay insulina suficiente en sangre, en consecuencia la glucosa no entra en las células y se acumula en la sangre, la glucosa aumenta progresivamente y cuando supera el umbral renal (180 mg/dl) aparecen los síntomas: mucha sed y necesidad frecuente de orinar (si no se repone el agua perdida, entra en estado de deshidratación).

Como las células no pueden utilizar glucosa, obtienen energía de otras sustancias (grasas), lo que deja residuos ácidos (cuerpos cetónicos) que acidifican la sangre, el organismo trata de eliminar estas sustancias por la orina y por el pulmón (aliento a manzana) aumentando la pérdida de agua por ambas vías.

Si no se inicia un tratamiento adecuado inmediatamente, el cuadro progresará y se puede perder el conocimiento (coma diabético).

El coma por cetoacidosis no es una situación inevitable: La vigilancia de la glucosa puede diagnosticar el inicio y prevenir su aparición.

El Coma Hiperosmolar ocurre en personas con Diabetes Tipo 2 muy descompensadas, generalmente se llega a este estado después de varios días con la glucosa muy alta y orinando muy frecuentemente (poliuria) sin reposición suficiente de agua, lo que lleva a una deshidratación importante.

Síntomas:

- ✓ Decaimiento general.
- ✓ Sed intensa y orinar frecuentemente.
- ✓ Somnolencia que puede llegar a la pérdida del conocimiento.
- ✓ Si no se detecta a tiempo y se le trata adecuadamente puede terminar en un cuadro grave.

Esto se puede evitar vigilando la glucosa, reconociendo los síntomas y consultando rápidamente al Médico para su atención oportuna.

b) Complicaciones Crónicas.

Si la glucosa se mantiene elevada durante muchos años, pueden aparecer daños en distintos tejidos y órganos.

Las complicaciones tardías de la diabetes son en gran medida consecuencia de la lesión de los pequeños vasos sanguíneos, este daño puede presentarse en:

Ojos (Retinopatía) lesión de los pequeños vasos de la retina con alteraron de la visión.

Síntomas:

- ✓ Visión borrosa.
- ✓ Sensación de ver luces o manchas.
- ✓ Sombras o áreas sin visión.
- ✓ Pérdida de la visión parcial o absoluta.
- ✓ Se recomienda visitar al Oftalmólogo cada 6 meses o 1 vez al año mínimo para evitar riesgos, vigilar el estado de la retina y tomar medidas a tiempo.

Riñones (Nefropatía) daño de los riñones con disminución de su función.

- 1a.Etapa: Se comienza a eliminar por orina una proteína llamada albúmina. Esta primera etapa se conoce como presencia de micro albuminuria en orina. Los niveles van de 30 a 300 mg/día.
- 2a.Etapa: En esta etapa la presencia de albuminuria es notable con niveles menores a 300mg/día.
- 3a.Etapa: Esta etapa ya se considera insuficiencia renal y se presentan síntomas como:

Náusea:

- ✓ Espuma en orina.
- ✓ Extremidades hinchadas.
- ✓ La nefropatía puede derivar en otras complicaciones como:

Anemia:

- ✓ Infecciones recurrentes.
- ✓ Insuficiencia renal grave.
- ✓ Hipertensión severa.
- ✓ Peritonitis (cuando se está tratando al paciente con diálisis).

Dentro de las recomendaciones en el tratamiento de la nefropatía se sugiere:

- ✓ Restricción del consumo de proteínas, consulte aún nutriólogo.
- ✓ Llevar un estricto control y apego al tratamiento prescrito por un médico especialista.
- ✓ Tratamiento con diálisis en caso de nefropatía avanzada.
- ✓ Control muy estricto en los niveles de glucosa en sangre, presión arterial, colesterol y triglicéridos.

Nervios (Neuropatía) alteración de los nervios con trastornos en la sensibilidad.

Síntomas:

En neuropatía periférica:

- ✓ Punzadas o sensación de entumecimiento.
- ✓ Dolor, hormigueo y/o ardor en el área de las piernas.
- ✓ Pérdida de sensibilidad ante cambios de temperatura o al dolor.
- ✓ Inadvertencia de heridas a causa de la pérdida de sensibilidad.
- ✓ Intensa sensibilidad al tacto.
- ✓ Adelgazamiento en piernas.

En neuropatía visceral:

- ✓ Incontinencia (incapacidad de retener la orina).
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Diarrea periódica.
- ✓ Mareos (puede llegar hasta el desmayo).
- ✓ Sudoración excesiva.
- ✓ Impotencia sexual.

En neuropatía periférica:

- ✓ Intenso dolor de espalda.
- ✓ Dolor de los costados.
- ✓ Afección en algunos nervios craneales que pueden derivar en pérdida del equilibrio, audición o parálisis facial.

Otra alteración que suele acompañar a la neuropatía es la impotencia sexual (Disfunción Eréctil) en el hombre y la falta de lubricación vaginal en la mujer, en ambos casos conviene hacer una consulta con el especialista.

Es la incapacidad que tiene un hombre para lograr y/o mantener una erección adecuada para alcanzar una actividad sexual óptima. Esta complicación se presenta en el 50-75% de las personas que padecen diabetes y se asocia con trastornos como:

- ✓ Incremento en la edad.
- ✓ Descontrol metabólico.
- ✓ Uso de ciertos fármacos.
- ✓ Factores neurológicos, vasculares, Complicaciones micro vasculares.
- ✓ Depresión.
- ✓ Factores psicológicos.
- ✓ Tabaquismo, Alcoholismo.

Estos trastornos impiden el funcionamiento adecuado del pene, causando pérdida de erección al depender de acciones coordinadas de músculos, nervios y vasos sanguíneos.

Su origen puede ser de distintas procedencias, por lo que el diagnóstico debe darse por parte de un médico especialista, el cual sugerirá el tratamiento adecuado para tratar esta complicación.

Existen varios tratamientos que pueden ser:

- ✓ Medicamentos orales.
- ✓ Inyección intracavernosa.
- ✓ Terapia mecánica.
- ✓ Prótesis.

Los pies de las personas con diabetes están amenazados por muchos peligros, ya que tienen menos sensibilidad y la mala circulación aumenta el peligro de las lesiones y éstas pueden ser de difícil cicatrización y si no se toman las debidas precauciones, estas lesiones pueden terminar en alguna amputación.

Cuidados recomendados para los pies:

- ✓ Revisión diaria de los pies (incluso entre los dedos), no caminar descalzo.
- ✓ Evitar y/o tratar infecciones o golpes (bajo supervisión médica).
- ✓ Higiene diaria con jabón y agua a temperatura tibia.
- ✓ Secar los pies total y cuidadosamente para evitar hongos.
- ✓ Hidratarlos con cremas especiales para los pies.
- ✓ El corte de las unas debe ser de forma cuadrada y no se debe exceder en el corte.

Se recomienda realizarlo después del baño.

- ✓ Evitar los calcetines o medias apretadas.

- ✓ El calzado debe ser cómodo y amplio para que no apriete.

2.4.2 Tratamiento de la diabetes.

La parte más importante del tratamiento de la diabetes tipo 2 es la educación del paciente sobre su propio padecimiento y el autocuidado, sumado a un plan de alimentación individualizado y actividad física, ya que el adoptar un estilo de vida saludable permite controlar los niveles de glucosa, el peso y evitar las complicaciones.

Sin embargo, en muchos casos se requiere del apoyo de medicamentos para lograr las metas de control.

Tratamiento con Insulina:

El tratamiento con insulina es uno de los elementos básicos del manejo de los pacientes con Diabetes Tipo 1 y una alternativa en los pacientes con Diabetes Tipo 2, quienes pueden tener un tratamiento combinado con pastillas e insulina con excelentes resultados para lograr un buen control.

Hipoglucemia o Glucosa Baja:

Los medicamentos para diabetes pueden bajar los niveles de glucosa, es importante que estos niveles no sean menores de 70 mg/Dl., si bajan a menos de esta cifra es conveniente tomar algo de glucosa* para subirla (procurar no excederse en la ingesta de glucosa) y vigilar, mediante el auto monitoreo hasta que se restituyan.

*Beber ½ vaso de refresco común (no del tipo “Light”) o de jugo de naranja o manzana o 3 caramelos, hay productos en el mercado para atender hipoglucemia como el “Glucoshot” en spray bajo la lengua, “Glucomín” gel de glucosa.

Síntomas de Hipoglucemia:

- ✓ Se siente nervioso, irritable, tembloroso o inquieto.
- ✓ Dolor de cabeza, debilidad, visión borrosa, confusión o dificultad para concentrarse.
- ✓ Sudor frío, ansiedad y apetito exagerado.
- ✓ Siente palpitaciones y pulso rápido.
- ✓ Ante cualquier duda, mida inmediatamente su glucosa.

Si tuvo una hipoglucemia, piense cuál pudo haber sido la causa:

- ✓ Haber tomado más pastillas hipoglucemiantes o aplicado más insulina.
- ✓ No haber comido o haber comido demasiado tarde.
- ✓ Haber realizado actividad física mayor de lo habitual.
- ✓ Haber bebido demasiado alcohol.

Capítulos III Progreso de la Calidad de Vida.

3.1 Antecedentes.

El problema básico de la evolución de la salud a partir de auto informes es su marcada subjetividad, tanto en un sentido como en otro. La experiencia de estar enfermo no es, afortunadamente, ninguna garantía de ello, la experiencia de sentirse mal es un hecho de valor clínico, independientemente de su posible correspondencia con una patología.

Otro de los problemas más relevantes en la indagación del estado de salud a través de auto informes es la importancia que tiene el auto concepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del paciente con diabetes, hace su evaluación de su estado de salud.

Bowling, 1992 enfatiza que tanto la autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud.

No obstante estas importantes limitaciones, son también múltiples las razones por las cuales puede requerirse y ser importante un estudio de apreciación que una determinada población hace de su salud.

En tales casos Kaplan (1988) ha insistido en la conveniencia de utilizar instrumentos globales mejor que los específicos, debido tanto a las razones políticas dada a la conveniencia como la de manejar estadísticas comparativas.

El control de la enfermedad como lo es la diabetes, requiere realizar acciones de autocuidado como son: dieta, ejercicio físico, auto monitoreo de la glucosa, toma de medicamentos, cuidado de los ojos, dientes y pies, entre otras, que generalmente plantean una modificación radical de los estilos de vida del paciente.

El carácter crónico de la diabetes conlleva la aparición de complicaciones a largo plazo como son retinopatía, catarata, neuropatía, nefropatía y pie diabético, especialmente si no se mantiene un control metabólico adecuado, es decir: La glucosa sanguínea debe estar por debajo de 140mg/dl o por arriba de los 80 mg/dl como lo menciona Barquera-C. Et al. (2002), Foster (1994).

Melchirs, Correr, Rossinoli, Pontarolo & Fernández- Limós (2004), sugieren que en este sentido, la calidad de vida en salud es una variable que puede evaluarse en términos del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida del paciente.

El bienestar físico, se afecta negativamente por la aparición de complicaciones, síntomas físicos y por las exigencias del tratamiento, que implican importantes cambios en los estilos de vida como lo mencionan Melchirs et al. (2004), Quirantes-Hernández et al. (2000).

Jacobson, De Groot, & Samson, (1994); Polonsky, (2000) al igual enfatizan en que psicológicamente, el bienestar se afecta al disminuir la autoestima, generar ansiedad, depresión, mientras que el bienestar social se deteriora cuando la relación con familiares, amigos se ve afectada por las imposiciones y complicaciones de la enfermedad, las restricciones dietéticas lo mismo que la discapacidad, teniendo en claro el proceso que se va a llevar a cabo.

Los estudios para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes aún son pocos, son relativamente recientes y se han basado en definiciones tan diversas como la forma en que han medido esta variable.

Los estudios de los pacientes con diabetes han señalado que la mejoría en variables clínicas como el control glucémico se relaciona con un mejor desempeño de las actividades de autocuidado, así como con una mayor calidad de vida como lo mencionan García, Reyes, Garduño, Fajardo, & Martínez, 1995; González-Calvo y Col. & Lezama- Cohen, 2003; Polonsky, 2000; Robles-García, 2002 mencionan que también se observó que la percepción de calidad de vida en los pacientes con diabetes, es menor en las mujeres y en adultos mayores que viven solos, en quienes carecen de seguridad social a su vez en quienes tienen un bajo nivel socioeconómico Cárdenas-Villarreal et al. (2005).

La autoestima baja y el locus de control externo, así como la existencia de estilos de afrontamiento evitativo, afrontamiento enfocado en el problema y la espiritualidad, son otras variables individuales que se han asociado con conductas de autocuidado positivas y consistentes, poco se sabe sobre su valor predictivo de

la percepción de calidad de vida en esta población Fisher et al., (1998), La Rosa 1986; Samuel-Hodge et al., (2000).

Conocer el valor predictivo de variables psicológicas, así como de variables relacionadas con el autocuidado y con el control metabólico en los pacientes con diabetes, puede ayudar a diseñar intervenciones psicológicas dirigidas no solamente a lograr los objetivos primarios del tratamiento (Disminuir la sintomatología y retrasar la aparición de complicaciones y discapacidad), sino también a mejorar la percepción de su calidad de vida, incorporando los aspectos físico, psicológico y social del bienestar.

Acorde con la evaluación de calidad de vida en diabetes realizada por el DCCT (Diabetes Control and Complicaciones Trial): Estudio clínico metacéntrico patrocinado por la American Diabetes Asociación (1996), estudio que define a la calidad de vida en diabetes, como la percepción de bienestar que el individuo tiene en su casa respecto a la satisfacción con su vida en general, con su tratamiento, aunado a la preocupación que experimenta el sujeto por los efectos presentes y futuros de la enfermedad.

En México son pocos los estudios dirigidos a evaluar la calidad de vida y su relación con los indicadores de control metabólico de pacientes con diabetes Méndez-López, Gómez-López, García-Ruiz, Pérez-López, y Navarrete-Escobar (2004), reportaron una asociación significativa entre disfunción familiar y descontrol diabético, incluyendo en esta variable compleja mediciones de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y tensión arterial.

En reportes muy similares entre sí, De los Ríos-Castillo et al. (2005), así como Sánchez-Sosa et al. (2005), evaluaron la relación entre el tiempo de evolución de la diabetes y el índice de deterioro de la calidad de vida en relación con una misma medición de calidad de vida en diabetes, en términos de satisfacción

general y de impacto del tratamiento, por lo que los propósitos del presente estudio fueron:

- ✓ Describir cómo es la percepción de calidad de vida en pacientes mexicanos en cuatro áreas: satisfacción con su vida y con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación social por efectos presentes y preocupaciones por efectos a futuro de la diabetes.
- ✓ Determinar la asociación entre las cuatro áreas de percepción de calidad de vida de diabetes y seis variables psicológicas de tipo individual (autoeficiencia en diabetes, afrontamiento, índice de bienestar, autoestima y locus de control), una variable clínica (descontrol glucémico) y dos variables referentes a la realización de actividades de autocuidado (dieta y ejercicio) en pacientes mexicanos con diabetes.
- ✓ Determinar el valor predictivo de las variables psicológicas individuales, del descontrol glucémico y del autocuidado en relación con las cuatro áreas mencionadas de la calidad de vida en diabetes.
- ✓ El término calidad de vida aparece en 1975 y se expandió a los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para expandirse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles de operar como felicidad y bienestar. Además vino a reducir la preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida.

García Riaño D. (1991), señala no existe referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que se tenga que recurrir a términos a fines como (salud, bienestar y felicidad).

La evolución del concepto se dio en dos fases, la primera surgió con las primeras civilizaciones hasta finales del siglo XVIII, se preocupaba por la salud privada,

pública y la segunda fase la concepción moderna del estado, la restauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano.

Las civilizaciones egipcias, hebrea, griega y romana crearon la gran tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, atendiendo bien a los factores de higiene personal y alimenticia, como en Grecia, bien a la ingeniería sanitaria de conducción y eliminación de aguas, como en Roma.

La salud era considerada principalmente como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos. De aquí sus medidas contra ciertas epidemias como la lepra. Más tarde, la tradición clásica se canaliza a través del imperio Bizantino y se extiende al mundo árabe que la reintroduce de nuevo en Europa.

Piédrola (1991), durante la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción, de forma que el desprecio por lo mundano y la “mortificación de la carne” condujo al abandono personal y público, a un cambio de las conductas en relación con la higiene privada y pública, abandonándose las formas más elementales de saneamiento, cerrándose los baños públicos y despropiándose de la salubridad e higiene de los lugares públicos.

Las primeras normas legales acerca de la salud pública aparecen por primera vez en Inglaterra (SXII), luego en Francia (S.XIII) y finalmente en Alemania e Italia (S.XIV), y están referidas a la contaminación de las aguas, estado de los alimentos en los mercados, alcantarillado, pavimentación y limpieza de las calles García Riaño D. (1991). No obstante, su alcance fue muy limitado, generalmente de tipo local.

Sorprendentemente, ni el Renacimiento ni el largo transcurso de toda la Edad Moderna produjeron cambios sustanciales en la mejora de la salud pública y en el desarrollo de los derechos sociales. Hay que esperar el tardío siglo XVIII y los comienzos del XIX para asistir a una legislación en la que se trata de la regulación

del trabajo, del descanso, la enfermedad, los accidentes, la maternidad, la vejez y de la muerte, emergiendo paulatinamente el área del bienestar social del problema de la simple salud pública.

El “Informe Chadwick” (1842) en Inglaterra y el “Informe Chadwick” (1850) en Estado Unidos están considerados como los comienzos de una aceptación de la salud Pública en la que los aspectos de salud y de bienestar social están íntimamente imbricados. En ambos informes se analizan conjuntamente la salubridad pública, las condiciones de trabajo, la dieta, el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad, la esperanza de vida, el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades así como las formas de vida de las distintas clases sociales.

El reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en el siglo XIX dio lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opinión y de su libre expresión. El concepto de calidad de vida ganaba así una nueva frontera social y política.

A partir de la segunda guerra Mundial el establecimiento de las democracias parlamentarias y la instauración de una economía de mercado han permitido un desarrollo económico sin igual. Si la iniciativa privada ha permitido la generación de importantes capitales personales, familiares, el concepto de justicia social y distributiva; el establecimiento de sistemas fiscales ha permitido la creación de bienes colectivos además de públicos para uso comunitario.

En este contexto la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos.

Blanco, A. (1995), enfatiza que el posible error en esta última fase ha consistido en vincular la calidad de vida al puro desarrollo económico, olvidando los aspectos cualitativos del concepto. Es decir; ¿Entre más cosas materiales se posean, es calidad de vida? la respuesta es no, el ser humano vale por lo que es y cómo es su persona lo que da como resultado el grado de felicidad que hay en la misma.

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación.

De forma sucinta podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto deviene así más rico, complejo y también frágil.

3.2 Definiciones de la Calidad de Vida.

Global Lawton (1984) define calidad de vida al conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los demonios de su vida actual. Es decir; ¿El paciente sabe que le aqueja?, ¿lo evita para dar paso a la calidad de vida?, Shin y Johnson (1978) proponen una definición que puede ser operativa: “La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás” aspectos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

Desde esta perspectiva la calidad de vida aparece como la intersección de las tareas objetivas, incapaz de ser evaluadas a partir de uno sólo de sus dos extremos.

Para Blanco, A. (1985) la calidad de vida pasa inevitablemente por el “Espacio Vital” de las aspiraciones, de las experiencias, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y en último término, de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo.

Lo que reafirma Campbell (1976), los indicadores objetivos socioeconómicos han aumentado de 1957 a 1972 de forma sustantiva mientras que el número de personas han demostrado ser muy felices han disminuido progresivamente. Se concluye que es inevitable anhelarlos para adquirirlos. No es extraño entonces que surjan complicaciones cuando se trata de establecer quién debe evaluar o determinar la calidad de vida.

Han surgido diferentes investigaciones donde surgen discrepancias entre los pacientes y los doctores a la hora de innovar alternativas para una calidad de vida. Slevin y Col. (1988) han concluido que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente y que además debe contarse con la propia evaluación de los pacientes.

Probablemente en el campo social, económico y político las discrepancias sean todavía mayores.

Desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuestas individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Es decir; aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobre saliente el de salud y eso hasta el punto de que en determinados enfoques no sólo es el valor predominante sino aglutinante.

Kaplan (1985) cuenta que Rokeach tuvo que remover de su lista de valores el de salud a fin de facilitar la oportunidad de ellos. No solamente es el primero que emerge históricamente, es también el más básico de ellos.

Patrick & Erickson s.f. Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.

Wu s.f Harris M, et. al. (1997). Enfatiza que los aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.

O`boyle s.f., Jenny (1984) y Starfield (1980) Cit. en Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica (2012).

dice que la expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Su importancia para la calidad de vida es doble. De un lado el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias puede estar en relación con la salud. De otro, repercute indirectamente en ella al afectar al resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida: trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. Aunque este efecto en cadena no sea exclusivo del área de salud, si es una de sus características más claras, relevantes, y por lo mismo ha sido objeto privilegiado de estudio.

A pesar de esta importancia, englobar la calidad de vida y el bienestar subjetivo en el concepto de salud sería erróneo y supondría una ruptura del marco conceptual trazado. La sobredimensionalización del concepto de salud es poco ventajosa incluso para él mismo. Confundir los factores físicos y materiales, económicos y sociales con los de salud en una forma de perder capacidad operativa sobre todos ellos. Una vez más la interdependencia no significa indistinción. Por ello, no sería correcto abordar la calidad de vida exclusivamente desde el área de la salud.

La calidad de vida representa el conjunto de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien respecto de la enfermedad, por lo que dos personas con el mismo estado de salud física pueden tener percepciones diferentes sobre su calidad de vida y generar discrepancias con la interpretación de la familia o del equipo de salud, lo que revela la importancia de que además de la evaluación clínica de su condición.

3.3 Salud y Calidad de Vida.

La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación, lamentablemente, Camarero Sánchez C. (1982) comenta por regla general nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad influido por el modelo médico-biológico individual, y ha presentado más atención a la curación que a la idea de prevención.

El resultado ha sido el desarrollo de una altísima tecnología de intervención con unos costos económicos de difícil factura individual y social. Desde esta perspectiva, si se quiere el colapso de los servicios de sanidad se hace imprescindible el desarrollo de una actitud que promocióne la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud.

Por su misma naturaleza el concepto de salud no puede describirse ni exclusiva ni predominantemente en términos negativos, como ausencia de enfermedad. Desde su constitución 1946, la OMS ha especificado que la salud “es un estado de bienestar físico, mental, social y no meramente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1958); y posteriormente el documento “Salud para todo en el año 2000” (OMS, 1985) y el Ottawa Charter for Health Promotion (1986) han insistido en la dimensión positiva de la salud.

La definición positiva de la salud presentada por la O.M.S., su estructura y componente multidimensional obliga a abandonar en su estudio una perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico individual, y referirse a ella dentro de un marco multidisciplinar.

La propuesta de un modelo sea incompleto en parte fragmentado, y con frecuencia el recurso más a un programa de desarrollo que a un modelo real y actual. La propuesta del modelo biopsicosocial lleva inevitablemente a incardinarse dentro del marco de la Tierra General de Sistemas (Bertalanffy, 1968) y a tratar de desarrollar el concepto de salud y de enfermedad desde un enfoque necesariamente interdisciplinar.

En este contexto la aportación de disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología puede proporcionar elementos importantes. Especifico de la psicología puede ser el estudio de sus causas por lo que se refiere a los estilos de vida asociados a al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto Goldstein y Col. (1984).

Aunque la mayoría de escalas que evalúan la salud constan de diferentes subescalas y numerosos ítems, en algunos casos, la evaluación del estado de salud ha consistido en la formulación de un solo ítem en el que se le pregunta al sujeto la apreciación global de su estado de salud. Según Kaplan y Camacho (1983) se ha encontrado que la mortalidad es tres veces mayor en los sujetos que

describen su estado de salud como pobre que en aquellos que la evalúan como excelente, lo que avala su posible uso.

El uso de las listas de adjetivos o Check list de síntomas ha sido otro de los sistemas para evaluar el estado de salud. En este caso se pregunta al sujeto si sufre algunos de los síntomas descritos. En este sistema ha sido el utilizado en algunas encuestas a nivel nacional según lo menciona Dunell y Cartwright, (1972), aunque los resultados obtenidos no son precisos ni específicos, dándose frecuentemente un sesgo afirmativo en el número de respuestas. A pesar de ello los argumentos a favor de las listas de adjetivos consideran que son más objetivos y corresponden mejor a los propósitos de la medida. Contra ellos se ha argumentado que sólo pueden detectar los problemas emocionales a menos que se manifiesten somática o conductualmente.

3.4 Teorías, Enfoques.

Una Teoría de la Justicia de John Rawls, publicada en (1971) marca una ruptura sustancial en el enfoque de bienestar y calidad de vida. Hasta ese momento el paradigma central era el utilitarista, corriente fundamentada en aumentar al máximo el bienestar, entendido como goce o felicidad.

La teoría general de Rawls s.f. Cit. en Pérez Sales Pau (2006), se basa en el principio de justicia, definido como una distribución equitativa de los bienes primarios, a menos que la distribución desigual de uno o varios bienes primarios redunde en beneficio de los menos aventajados.

Para este autor Grueso (2002) Cit. en Pérez Sales Pau (2006), los bienes primarios “Son medios inmensos para la consecución de los fines que cada

individuo o grupo tiene en virtud de su concepción de lo bueno básicamente garantizan libertades, medios de subsistencia, oportunidades, auto respeto, etc.”.

Una de las muchas respuestas a la teoría Rawlsiana fue aportada por Amartya Sen, la cual se ha convertido en el marco de referencia para los asuntos de bienestar, calidad de vida y pobreza; tanto en el campo de las ciencias sociales como en el de los organismos multilaterales. Su propuesta se aborda desde las capacidades y funcionamientos, como un criterio alternativo a los bienes y las utilidades; al considerar que los bienes primarios continúan siendo prioritariamente instrumentales.

El enfoque de este pensador “se basa en una visión de vida en tanto combinación de varios “quehaceres y seres”, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos” Sen, (1996:56). Cit en Bavab de Dreizzen Adriana, (2004).

Un modelo de trabajo con la calidad de vida, no se puede planificar o evaluar la calidad de vida de una persona en el vacío, sin contar con un modelo previo. No se debería olvidar la recomendación de Yogi Berra s. f. en Payás Puigarnau Alba, (2010). "El problema de no saber a dónde se va, es que se podría terminar en cualquier parte". Es necesario un modelo de trabajo con el tema de la calidad de vida que proporcione la guía y directriz para la realización de actividades de planificación y evaluación basadas en la calidad de vida.

El modelo refleja la naturaleza multidimensional del concepto de calidad de vida. El modelo sugiere que la calidad de vida percibida de una persona se relaciona de forma significativa con factores pertenecientes a tres dominios principales de la vida: la vida en el hogar, la escuela o el trabajo, y el bienestar.

El modelo está basado en la síntesis de otros modelos de calidad de vida y es también consistente con el actual, que a continuación se menciona en incisos:

1. Cambio de paradigma, que enfatiza los conceptos de inclusión, igualdad, autorización y servicios de habilitación/rehabilitación basados en la comunidad, según lo concerniente al paciente.
2. Revolución de calidad, que se centra en la mejora y el control de la calidad.
3. Conceptualización de la satisfacción como variable interviniente entre cada uno de los tres dominios principales de actividades de vida y la calidad de vida percibida de la persona.
4. Estudios que demuestran que la persona puede ser más independiente, productiva, integrada en la comunidad y sentirse más satisfecha, cuando los servicios de habilitación/rehabilitación se basan en la mejora de la calidad y en principios de integración.
5. Énfasis en la validez social, es decir grado en que un programa de intervención afronta aspectos de relevancia social y su puesta en práctica no produce efectos colaterales socialmente inaceptables.

Planificación de Programas Basados en la Calidad de Vida, una vez que un modelo de calidad de vida derivado y validado empíricamente está en vigor, este puede utilizarse para poner en marcha una serie de programas (en lo sucesivo llamados "técnicas de mejora de la calidad") que podrían mejorar lógicamente la calidad de vida real o percibida de una persona.

En esta sección se discuten dos técnicas de mejora de la calidad de vida.

1. Grupos centrados en los clientes

La técnica Goode, (1990) se basa en la discusión de grupo compuesto por las personas con diabetes, sus familiares y la psicóloga. Durante la discusión, se estudian aspectos relacionados con la pregunta "¿qué es una buena vida?". Otras discusiones se centran en temas tales como necesidades importantes y formas de satisfacerlas en diferentes ambientes. Los resultados de la sesión se pueden

analizar utilizando una serie de matrices de objetivos/necesidades constituidas por dimensiones como el trabajo, hogar y tiempo libre, necesidades individuales como amistad, imagen de sí mismo (auto concepto), seguridad, y diferentes tipos de integración.

El objetivo de estas técnicas es evaluar la capacidad del sistema de servicios para satisfacer las necesidades expresadas de los beneficiarios del mismo.

2. Técnicas de mejora de la calidad.

Una segunda técnica de mejora de la calidad se centra más en lo que los profesionales y los servicios del programa pueden hacer para mejorar la calidad de vida real o percibida de la persona.

El objetivo de estas segundas técnicas es mejorar los programas de habilitación/rehabilitación de forma que se pongan en práctica aquellas técnicas que puedan tener un impacto significativo en la calidad de vida percibida de una persona.

Las técnicas que se pueden emplear en la calidad de vida durante el hogar es permitirle al paciente controlar su ambiente, donde le permita controlar el apoyo social, así mismo como se integre a la sociedad, mientras en el empleo se le debe capacitar reduciendo el estrés y a su vez fortaleciendo comportamiento positivos, con respecto a la escuela proporcionarle la información a los maestros y adecuar algunas actividades para los estudiantes con diabetes así como ejecutar algunas actividades físicas. En realidad, es necesario integrar principios y procedimientos de control de la calidad dentro de la estructura de un programa, así como procesos y objetivos que aseguren que la mejora de la calidad de vida sea tanto un proceso como un resultado. Algunas sugerencias para hacerlo pueden ser Albin, (1992) y Schalock, (1994).

1. Establecer una meta que conduzca a la mejora de la calidad.
2. Desarrollar un compromiso firme con el concepto de calidad.
3. Identificar un objetivo común.
4. Dar la posibilidad a los empleados de que trabajen para alcanzar la meta.
5. Utilizar un enfoque sistemático para encontrar oportunidades y mejorar el rendimiento.
6. Utilizar la evaluación basada en la ejecución para recoger información sobre si el programa de habilitación/rehabilitación está obteniendo realmente los resultados de calidad en los beneficiarios.
7. Utilizar datos de resultados referidos a la persona como medidas para el control y la mejora personal.

3.5 Evaluación de Programas Basada en la Calidad.

Creo firmemente en la necesidad de que la evaluación de programas para la mejora de la calidad se base en resultados de calidad referidos a la persona. Se define a Schalock, en la evaluación basada en resultados como "un tipo de evaluación de programas que utiliza resultados referidos a la persona, objetivos y válidos, para analizar la eficacia de un programa (en qué medida el programa está alcanzando las metas y los objetivos), el impacto (los resultados de un programa comparados con un programa similar), y beneficio.

Los componentes principales del modelo incluyen:

- a. La manifestación por parte del servicio de su meta y de los objetivos que conducen el programa.
- b. Los servicios, que deben ser un reflejo de la meta y objetivos de la agencia.
- c. Resultados válidos y objetivos, referidos a la persona y relacionados con una mejora de la calidad.

Para llevar a cabo una evaluación de programas basada en la calidad es necesario que se produzcan una serie de procesos críticos. Dos de los más importantes se van a discutir en esta sección: evaluación longitudinal y basada en la ejecución, de indicadores críticos de calidad de vida. Ambos procesos están basados, obviamente, en otros factores tales como la adecuación del programa para evaluarse a sí mismo, un compromiso con la evaluación de programas, y la habilidad de recogida, procesamiento y control de datos (Schalock, en prensa).

La evaluación basada en los resultados requiere la realización de evaluaciones longitudinales basadas en la ejecución, que utilicen indicadores objetivos de calidad de vida para evaluar la calidad de vida percibida de una persona.

Algunos indicadores críticos de calidad de vida que se pueden usar, algunos de los indicadores críticos son objetivos (tales como propiedad de la vivienda, actividades de vida diaria, salario, salud, implicación social), algunos son subjetivos (tales como posibilidad de elegir, autonomía, amistad), y algunos son interactivos (tales como apoyo social y ajuste entre la persona y las demandas de su ambiente). Estas tres categorías (objetiva, subjetiva e interactiva) apoyan la noción de que la calidad de vida no es apta para enfoques dicotómicos, sólo objetivos o subjetivos, sino que requiere un enfoque holístico Dossa, (1989).

Conviene decir también que los indicadores críticos están relacionados con los tres dominios del modelo de calidad de vida uno es reforzando la noción previa de que es necesario que esté en vigor un modelo de calidad de vida que guíe tanto la evaluación como la planificación basadas en la calidad de vida.

Después de finalizar, se puede preguntar: "¿Cuál de estos indicadores de calidad de vida debe utilizar?". Parte de la respuesta viene dada por la meta del programa de habilitación/rehabilitación. Por ejemplo, un programa de empleo debe centrarse principalmente en indicadores de empleo; mientras que un programa residencial

debería centrarse en la vida en el hogar y en la comunidad. Ambos deben tener en cuenta uno o más indicadores de salud y bienestar. En función de los objetivos de cada uno, es necesario tener en cuenta una serie de criterios de selección y de recogida de datos.

Capítulo IV Propuesta de Intervención.

4.1 Justificación.

En las últimas décadas se ha proliferado la diabetes Mellitus en los seres humanos, desgastando la salud de todo aquel que la padece, en la actualidad se controla más no tiene curación que puede presentarse con síntomas o sin ellos, se muestra en diferentes edades.

La diabetes afecta a 16000 millones de personas en el mundo. Por esta razón presento una propuesta de intervención en los pacientes diabéticos mellitus, enfatizando en el control alimenticio.

En situaciones que el paciente pasa se deben analizar cuatro pilares que considero importantes y que es la llave para obtener una calidad de vida, en el paciente diabético; como lo es la familia, el paciente, los profesionistas, la sociedad, he aquí que si uno no toma consciencia en su trabajo no se logrará el objetivo que se persigue desde el inicio del documento que una vida llena de satisfacción y adaptación con referente a la diabetes mellitus.

Es duro notar que México a pesar de ser un país destacado por gama de gastronomía no considere a los diabéticos en sus menús. Además México se encuentra dentro de los 10 países con el índice más alto en personas que padecen esta enfermedad.

Por tal motivo es necesario implementar un taller dirigidos a los pacientes diabético que oscilen entre los 20 a 30 años de edad ya que considero que son personas suficientemente maduras para crear en ella consciencia de la situación que les podría pasar en caso de seguir llevando una vida sedentaria.

La información de la diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno familiar.

4.2 Objetivos.

Objetivo General.

Al finalizar el taller el paciente diabético Mellitus tipo I, deberá reconocer su duelo con respecto a la perdida de la salud y cómo lo ha ido trabajando.

Población.- Va dirigido exclusivamente a pacientes diabéticos Mellitus tipo 2.

4.3 Número de participantes.

10 a 20 pacientes que oscilen entre los 20 - 30 años, para tener un monitoreo más riguroso en donde se vea el compromiso del profesional con los pacientes y las familias de estos.

4.4 Materiales y Escenarios.

Podría ser en un lugar cerrado, en un campo abierto o en un hospital en el auditorio al frente psicólogo (a), además de tener energía eléctrica, iluminación, ventilación.

4.5 Duración.- El taller se llevará a cabo a mitad de la semana en la mañana 10 am., y culminará 1pm.

Escuadre o acuerdos.-

- ✓ Puntualidad, Asistencia y participación.
- ✓ Presentación del taller, generando reglas y compromisos entrega del material teórico en tiempo y forma.
- ✓ Anular connotación de victima para ser eficiente y productivo.
- ✓ Cierre y evolución del taller, comentarios, sugerencias y compromisos con su persona.

4.6 Sesiones:- Las sesiones están conformadas por diez módulos, los cuales cada uno presenta un objetivo de acuerdo a las actividades, el procedimiento a seguir y los materiales que se emplearán para ejecutar la planeación.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN I	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO I	ILUSTRAR MEDIANTE EL DIALOGO LA EXPERIENCIA QUE HAN TENIDO CON RESPECTO AL DUELO DE LA DIABETES.	BIENVENIDA	MEDIANTE UNA REFLEXIÓN “EL BURRO Y LA SOCIEDAD” QUE SE LES LEERÁ, PARA QUE SE ROMPERA EL HIELO, A FIN DE CREAR UN AMBIENTE DE ARMONIA. SE LES OTORGARÁ UNA COPIA PARA QUE NO SE OLVIDE DE LA MORALEJA Y LA PONGAN EN PRÁCTICA.	LA REFLEXIÓN Y FOTOCOPIAS
		CONCEPTOS	POSTERIORMENTE QUE EXPRESEN QUE PIENSAN DE LA MORALEJA BASADO EN SU VIDA Y LA ENFERMEDAD QUE PADECEN. CIERRE DE LA DINAMICA. AL AZAR SE NOMBRARÁN 5 PERSONAS QUE PARTICIPEN DE LO LES INTERESO Y OTRAS 5 QUE PARTICIPEN POR INICIATIVA PROPIA.	PAPELÓGRAFO Y ROTULADORES
		DEBATE	MEDIANTE LLUVIA DE IDEAS CON RESPECTO A SU EXPERIENCIA CONCEPTUALIZARÁN LA PALABRA DUELO, DIABETES., ESTO SE REALIZARA EN BINAS, PARA DARLO A CONOCER A SUS COMPAÑEROS DEL AULA. SE PONDRA A DISCUSIÓN LO QUÉ ES CALIDAD DE VIDA, DESDE DIVERSOS ENFOQUES, EN SALUD, ECONOMIA,...ETC.	FACILIDAD DE PALABRA Y DOMINIO DEL TEMA
		CIERRE DE LA DINAMICA	AL TÉRMINO CONCLUIRÁN CON UNA SOLA PALABRA CON QUE TIPO DE CALIDAD DE VIDA, DESEAN VIVIR Y COMO TAREA PREGUNTARSE ¿QUÉ ME HACE FALTA PARA LOGRARLO?	

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN II	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO II	EMPLEAR EJERCICIOS SENCILLOS PARA EVITAR QUE SE ATROFIEN LOS MÚSCULOS Y TENGAN BUENA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA, ADEMÁS DE CONFIRMAR SU SER INTERNO CON RESPECTO A LO QUE SIENTEN.	¿COMO ME SIENTO, BAILO? ¿Y EN QUE ETAPA Y TIPO DEL DUELO ESTOY?... ¡ACTUANDO Y CONECTANDOME CON MI SER INTERNO! ¿Y COMO ME SIENTO?...MMM	SE LES PONDRÁ UNA DIVERSIDAD DE CANCIONES QUE DE MANERA DESORDENADA E INDIVIDUAL BAILARÁN, DE FORMA QUE MANIFIESTEN SU SENTIR BAILANDO, CONFORME SE LES VAYA DICHIENDO QUE EXPRESEN CON SU CUERPO. MEDIANTE DIAPOSITIVAS SE LES OTORGARÁ LAS ETAPAS Y LOS TIPOS DEL DUELO. SE REALIZARÁN GRUPOS DE 5 PERSONAS Y MEDIANTE LA DRAMATIZACIÓN EXPONDRÁN LOS TIPOS Y ETAPAS DEL DUELO. CIERRE DE LA DINAMICA. CADA PACIENTE IRÁ COMENTANDO COMO SE SINTIÓ DURANTE Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD.	MÚSICA ESPACIO LIBRE. COMPUTADORA. RETROPROYECTOR

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN III	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO III	FORTALECER LA CONFIANZA EN EL PACIENTE Y FOMENTANDO LA AUTOESTIMA MEDIANTE EL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES.	¿Y COMO REACCIONE ANTE MI DUELO...? COMPARTIENDO MI EXPERIENCIA... HACIENDO UNA CARTA A MI ESPEJO	POR MEDIO DEL ESPEJO ANALIZARÁN SUS REACCIONES ANTE SU PERDIDA DE LA SALUD AL IGUAL QUE SU PROCESO, ESTO POR MEDIO DEL LENGUAJE FACIAL A MEDIDA QUE VAYÁN VIENDO SU EVOLUCIÓN DENTRO DEL TALLER. NARRAR CADA UNO SU EXPERIENCIA Y LUEGO UNIRSE CON LOS COMPAÑEROS QUE SE IDENTIFICARON MÁS PARA FORMAR GRUPO DE 5 PERSONAS PARA INTEGRAR REDES DE APOYO CONFORME A EMPATIA. CADA PACIENTE DE MANERA SECRETA TOMARA DE UNA LISTA DE ASISTENCIA A SU COMPAÑERO CON QUIEN SE HAYA IDENTIFICADO Y LE ESCRIBIRA DE MANERA POSITIVA, A FIN DE ELEVAR EL AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES. DEBERÁ LLEVAR EL NOMBRE A QUIEN SE LA ENVIAN.	ESPEJO. OBJETO CON QUE SE IDENTIFIQUE

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN IV	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO IV	EXPRESAR MEDIANTE PALABRAS LOS SENTIMIENTOS QUE SE VAN PRESENTANDO, CON UN TONO DE VOZ, CONTEXTO ADECUADO.	TE INITO A DESAYUNAR CHARLANDO A CIRCUITO CERRADO...CHI, CHI, CHI QUE NO ESCUCHE NADIE... CARTERO MI CARTA... ¿QUE DIRÁ..?	AL COMPAÑERO QUE ESCOGIERON LO INVITAN A DESAYUNAR, Y CHARLAN DE SUS EXPERIENCIAS Y COMO CONCEPTUALIZAN LA DIABETES, LOS TIPOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO SUS MITOS. CADA BINA IRA EXPLICANDO A LO QUE SE CONCLUYO CON LA CHARLA Y A SU VEZ SE RETROALIMENTARÁ. MEDIANTE LA DINÁMICA LA PAPA CALIENTE SE QUEMA SE QUEMA, SE IRÁN PASANDO LAS CARTAS A FIN DE QUE UNA VEZ QUE HAYA CIRCULADO QUE CADA UNO BUSQUE A LA PERSONA QUE LE ENTREGARÁ LA CARTA, POR LO QUE LA CARTA DEBERÁ TRAER EL NOMBRE ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN SE LA ENVIAN. LEERÁN A SU PROPIA PERSONA LA CARTA Y EXPONDRÁN QUE LES AGRADO MÁS DE LA CARTA.	DESAYONO, MANTEL, FLORES, SILLAS, MESA, MÚSICA, ETC...

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN V	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO V	CREAR CONSCIENCIA CON LA FAMILIA CON RESPECTO A LO QUE REQUIERE EL PACIENTE.	¿DIME COMO ERES Y TE DIRE QUE TIENES?... YO HAGO MI PROPIO PROGRAMA CON MI FAMILIA DE CALIDAD DE VIDA, ¿ME AYUDAS?	CADA PACIENTE REALIZARÁ UN COLAGE DE SU FAMILIA QUE LO IDENTIFIQUE COMO VIVEN SU VIDA FAMILIAR Y COMO SE INTEGRAN EN SU PROCESO DE DUELO. QUE EL PACIENTE HAGA ESA INTEGRACIÓN FAMILIAR, TOMANDOLOS EN CUENTA DE QUE ESTÁN DISPUESTO HACER PARA QUE SU PACIENTE ESTE ESTABLE. Y LO DARÁN A CONOCER CON SU COMPAÑEROS DEL AULA, PARA HACER ARREGLOS QUE EL GRUPO CONSIDERE (APLICARLO EN CASA).	PEGAMENTO COPIAS DE FOTOS. HOJAS DE COLORES CARTULINA. LÁPIZ Y HOJA.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN VI	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO VI	FORTALECER EL INTERIOR, MEDIANTE LO QUE TENGO PARA SER FELIZ.	¿Y DE QUE CAREZCO PARA SER FELIZ CON LO QUE TENGO Y SOY...?	SE LES PONDRÁ UNA DIVERSIDAD DE CANCIONES QUE DE MANERA DESORDENADA E INDIVIDUAL BAILARÁN, DE FORMA QUE MANIFIESTEN SU SENTIR BAILANDO, CON FORME SE LES VAYA DICIENDO QUE EXPRESEN CON SU CUERPO. MEDIANTE LA DRAMATIZACIÓN CADA PERSONA DARÁ LAS NOTICAS DE ÚLTIMA HORA A FIN QUE TODO MUNDO SEPA QUE QUIERE Y COMO LO QUIERE PARA VIVIR CON LA DIABETES. SE LE TOMARÁ VIDEO Y SE LES DARÁ COMO TAREA COMPARTIRLO CON SUS FAMILIARES.	CAMARA.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN VII	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO VII		¿Y QUE CARA PUSIERON? ¿Y QUE APRENDÍ?	CADA UNO HABLARÁ DE LO QUE PASO EN SU CASA Y COMO RECCIONARON. CON UNA SOLA PALABRA QUE ESCRIBIRAN EN UNA HOJAS DE COLOR QUE SE LES OTORGARÁN ESCRIBIRÁN COMO SE SENTIERON CUANDO SE FUERON A CASA Y CUANDO PUSIERON EL VIDEO Y CON QUE SE QUEDARON COMO EXPERIENCIA PERSONAL DE TODO LO HABLADO EN LA CLASE.	ORAL LÁPIZ HOJAS DE COLORES

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN VIII	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO VIII	CONSCIENTIZAR PARA TENER UNA VIDA DE CALIDAD MEDIANTE LA EDUCACIÓN.	VAMOS AL CINE TRIPTICO PONGO NOMBRE A LO QUE SIENTO...	PASARLES LA PELÍCULA DE CADENA DE FAVORES Y LO LLEVARÁN A LA PRÁCTICA DESDE SU PERSPECTIVA. EN GRUPOR DE BINAS, QUE CON TODO LO APRENDIDO EN EL TALLER, LOS PACIENTES CREEN UN COMPROMISO CON ELLOS MISMOS Y LA SOCIEDAD CON FORME A SU EXPERIENCIA Y LO COMPARTAN MEDIANTE UN TRIPTICO. PASARÁN LA INFORMACIÓN A 5 PACIENTES DIEBETICOS, A FIN DE CREAR CONCIENCIA EN LA SOCIEDAD. NARRARÁN EN UN ESCRITO DE TRES RENGLONES COMO SE SENTIERON...	HOJAS LÁPIZ COMPUTADORA TRIPTICO

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN IX	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO IX	TRASFORMAR LA ACTITUD ANTE LA SITUACIÓN MEDIANTE LA EXPRESIÓN, A FIN DE ENTERDER LO QUE SE VIVE.	EVALUAR YO Y MI MASCARA	MEDIANTE UN CUESTIONARIO SE ANALIZARÁ COMO EVOLUCIONO EL PACIENTE ANTE LA SITUACIÓN DE PERDIDA DE LA SALUD. REALIZARÁN UNA MASCARA CON LA QUE SE VAN Y SE IDENTIFICAN PARA AFRONTAR SU SITUACIÓN DE PERDIDA. SE HARA UN DESFILE DE LAS MASCARAS DONDE EL QUE LA HIZO LA IRA PRESENTANDO A SUS COMPAÑEROS.	CUESTIONARIO Y LAPIZ. CON AYUDA DE UNA CARTULINA, TIJERAS, COLORES, ETC.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN VII	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
MODULO I & X	ANALIZAR SI SE TUVO UN CAMBIO CON EL CONOCIMIENTO QUE SE BRINDÓ DURANTE EL TALLER Y EL IMPACTO QUE SE DIO RESPECTO A LA VIDA DE CADA PACIENTE Y FAMILIA.	SE EVALUARÁ AL INICIO, DURANTE Y FINAL DEL TALLER	SE APLICARÁ UN CUESTIONARIO A FIN DE MEDIR COMO VIENE CADA UNO Y QUE ELEMENTOS TRAE CONSIGO MISMO (A) PARA AFRONTAR LA PERDIDA.	LAPIZ CUESTIONARIO

4.7 Discusión de Alcances y Conclusiones.

Se requiere que el paciente, cree consciencia de la enfermedad y sus limitaciones, para construir cimientos que favorezcan a las generaciones futuras, por lo que se requiere de voluntad por parte del paciente para cuidar de él y a su vez de su familia, mediante una alimentación en equilibrio y ejercicio.

Es recomendable ayudar al paciente a entender muy bien su enfermedad, explicándole detalladamente el proceso que debe llevar para controlar la diabetes en cuanto a la alimentación, el peso, uso del glucómetro, etc.

De hacer caso omiso a todo lo anterior tendrá como consecuente una depresión y sobre todo un gran sufrimiento psicológico y en ocasiones físicamente, ya que suelen amputarles alguna parte del cuerpo por no tener cuidados adecuados.

Para concluir, se espera que el paciente tenga metas a corto plazo, a fin de que tenga una motivación para seguir luchando, así mismo que su tratamiento no le genere fatiga.

Respecto al contexto en donde vive, se recomienda que sea en un ambiente tranquilo, libre de escándalos, gritos y que le permitan expresar al paciente lo que siente, lo que vive y lo que piensa para que presente paz interior.

Además, el apoyo continuo que brinde la familia, para que se desarrolle el autocontrol sobre la enfermedad es muy importante, ya que la familia del diabético juega un papel fundamental para conseguir la victoria contra la diabetes. Es importante no aislar al diabético, sino darle apoyo emocional y motivarlo a hablar del tema, de sus temores y sus interrogantes. La familia debe solicitar asesoría médica para la prevención de las complicaciones y también de la forma de prevenir la diabetes en otros miembros. Debe convertirse en un “organismo informado”, por lo tanto es necesario que las personas entiendan que cuando aparece un diabético, la familia entera debe cambiar y mejorar su estilo de vida.

No es adecuado que, mientras al paciente se le manda a ejercitarse y modificar su dieta, el resto de la familia siga frente a él, cayendo en el sedentarismo y excesos dietéticos.

La familia debe convertirse en un grupo promotor de las actividades físicas y, si es posible deportivas. Deben aprender acerca de comer sanamente en su totalidad y no solo “poner a dieta al diabético”.

Deben vigilarse el cumplimiento del uso de los medicamentos y de la insulina, sin convertirse en un “odioso guardián”, sino más bien, enfatizando las conveniencias de realizar un tratamiento que preserve la salud del diabético y que exprese directamente el deseo familiar de conservarlo en buenas condiciones para el disfrute del tiempo en común con la familia.

Muchas familias descuidan estos aspectos durante años, y a veces décadas, para después terminar sacrificados muchos de sus recursos y esfuerzos lidiando con el diabético discapacitado o complicado, y entonces, extenuados, llegan a la conclusión de que hubiera sido más fácil convertirse en una familia de apoyo al diabético desde el inicio.

A partir de lo anteriormente señalado es importante:

Estudiar la estructura familiar nuclear al que pertenece la persona que padece la enfermedad, llegando a descifrar en que medio se desenvuelve y como trabajar con la misma, aplicando una variedad de terapias con enfoque sistémico para de esta manera resolver o prevenir las mismas.

Con la ayuda de la terapia sistémica se podrá intervenir en la familia, dividiendo el proceso terapéutico en fases, la primera fase será a nivel de pareja, revelando los conflictos encubiertos para después “llevar” a la pareja a negociar impidiendo todo tipo de triangulación hacia los hijos, evitando así mayores conflictos.

En la siguiente fase, se puede iniciar una terapia de tipo familiar, con el fin de equilibrar el sistema familiar, trabajando así dentro de la familia como un sistema, indagando cuál es el tipo al que pertenece la familia (funcional, disfuncional, etc.). En la última fase se realizará terapia individual con la persona que padezca la

enfermedad, trabajando de este modo todo lo que pueda estar afectando al aplazamiento del control diabético.

Por lo tanto la prevención se realizará mediante la evitación de los siguientes puntos en la estructura familiar:

La familia debe ser funcional, ya que existirá colaboración con el paciente identificado con diabetes, promoviendo así un tratamiento que preserve la salud del enfermo y que exprese directamente el deseo familiar de conservarlo en buenas condiciones para la satisfacción del tiempo en común con la familia.

Evitar la triangulación por parte de los padres, ya que esta conducta genera sentimientos de vacío y culpa, por lo tanto conlleva a una mala adaptación a la enfermedad, generando así un pronóstico negativo.

Los hermanos también juegan un papel muy importante en la familia ya que dependiendo del tipo de triangulación (si es que la hay) la relación se verá afectada en gran medida.

Finalmente el apoyo familiar debe integrar a la totalidad de los miembros en las condiciones de respeto, armonía y colaboración para fomentar el bienestar del paciente.

Referencias.

Albin, (1992) Mejora de la calidad en el empleo y otros servicios humanos: Gestión de la calidad a través del cambio. Edit. Baltimore: Paul H. Brookes. Madrid.

American Diabetes Asociación (1996)

Recuperado en:

<http://amdiabetes.org/diagnostico.php>,

<http://calicomovamos.org.co/calicomovamos/files/Quienes%20Somos/Calidad%20de%20Vida.pdf>

<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con2.html>

Bautista (2009) Proceso de duelo. Recuperado en

http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:IQH86z653SkJ:www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/proceso_duelo.pdf+proceso+de+duelo+etapas&hl=es&gl=mx&sig=AFQjCNHlTv--mYmseWVSNY7QfkWQfL-q3g

Barquera-C., S., Escobedo de la Peña, J., Malacara Hernández, JM, Lara-Esqueda, A., Lavalle-González, F., Lifshitz-G., A. et. al (2002) Diabetes mellitus, Práctica Médica Efectiva. Ed. Trillas. Madrid.

Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007) Muerte y duelo (Guía de intervención). Editorial Síntesis.

Bowling, (1992) Measuring Salud: Una revisión de la calidad de la medición de la vida universitaria scales. Open.

Buckay J. (2008). El Camino de las Lágrimas. Editorial Océano, 3era. Edición. Buenos Aires.

Blanco, A. (1985) La calidad de vida, supuestos psicosociales. En J.F. Morales y Cols. Psicología Social aplicada. Ed. Trillas, México.

Blanco, A. (1995) La evolución de la calidad de vida. En Morales y Cols. Psicología Social aplicada. Ed. Trillas, México.

Camarero Sánchez C. (1982) Servicios sociales y calidad de vida. La política social en España. Boletín de estudios y documentación de servicios sociales, monografía No.13.

Campbell (1976) The quality of American life Perceptions, evaluation and satisfaccion. New York: Rusell Sage.

Caparrós Nicolás & Sanfeliú Isabel, (2004). Red de Revistas Científicas de América Latina, Orfandad, Culpa, Duelos... Daños colaterales, Vol. 15, Núm. 3.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834009>

Cárdenas-Villarreal et al., (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL, VIII.

Cassem, N. H. (1980) Perfiles de respuestas de afrontamiento. En B. A. Hamburg. SI Lipsett, GE Inoff y AI Drash (Eds.), Del comportamiento y problemas psicológicos en la diabetes. Proccedings del Coference Nacional.

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica (2012). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Definición, diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus y sus complicaciones. (2013) Parte 1: Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

De los Ríos-Castillo, Barrios-Santiago, y Ávila Rojas, y De los Ríos-Castillo (2005), así como Sánchez-Sosa, Barrios-Santiago, y Ávila Rojas y De los Ríos-Castillo (2005) Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y neuropatía diabética. Revista Médica del Hospital General de México.

Dossa, (1989). Calidad de vida: El individualismo o el holismo? Una revisión crítica de la literature. International Journal of Rehabilitation Research.

Dunn (1986) Las reacciones a las técnicas educativas: Las estrategias de afrontamiento para la diabetes y el aprendizaje.

Dunell y Cartwright (1972) Medicine Takers and Prescribers. London. Routledge and Kegan Paul.

Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007) Muerte y duelo (Guía de intervención). Editorial Síntesis.

J. William Worden (2004). El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. 2da Edición revisada. Editorial Paidós, Barcelona Nuevos aires, México.

Fisher et al., (1998), The family and type 2 diabetes: A framework for intervention. The Diabetes Educator.

Foster (1994) Secretaría de Salud, SSA, (2005) en Pérez Sales Pau (2006).Rawls s.f. Trauma, Culpa y Duelo Hacia Una Psicoterapia Integradora.

Editorial Desclée de Bruner, España.

García Riaño D. (1991) Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. Boletín de psicología.

García, Reyes, Garduño, Fajardo, & Martínez, 1995; Gonzáles-Calvo, Domínguez-Flores, Robledo-Pascual, Fabián-San Miguel, & Lezama- Cohen, 2003; Polonsky, 2000; Robles-García, 2002 La calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social.

Goldstein y Col. (1984) Predicting changes in perceived health status. American Journal of Public Health.

Goode, (1990) Cit. en Bavab de Dreizzen Adriana, (2004). Los Tiempos del Duelo. Editorial Paidos Ibérica S.A.

Global Lawton (1984) Una Investigación y Servicio Instrumento de Evaluación Multiniveles Orientados. Revista de Gerontología.

Grueso (2002), Pérez Sales Pau (2006). Trauma, Culpa y Duelo Hacia Una Psicoterapia Integradora. Editorial Desclée de Bruner, España.

Horowitz y Col. (1900), Cit. en Martín N. Leila (2009) El Duelo y La Muerte (El Tratamiento de la Pérdida). Editorial Pirámides.

Jacobson, De Groot, & Samson, (1994) Quality of life in patients with type I and type II Diabetes mellitus. Diabetes Care.

J. William Worden (2004). El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. 2da Edición revisada. Editorial Paidós, Barcelona Nuevos aires, México.

Kaplan (1985) Quality of life measurement. En Karoly, R. Measurement strategies on health psychology.

Kaplan y Camacho (1983) Perceived Health and mortality: A ine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort American Journal of Epidemiology.

Laín Entralgo Cit. en Barreto M. Pilar & Ma. Carmen Saiz, (2007). Muerte y duelo (Guía de intervención). Editorial Síntesis.

La Rosa (1986) Escalas de Lucas de control y auto concepto: Construcción y validación. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Lockington, T.J Meadows, K. A. y Wise, P. H. (1987). Revista de Especialidades Médicos-Quirúrgicas (2008). El proceso del duelo. Vol. 13, Núm. 1, Enero-Marzo.

Maldo (2003) & Machado (2002). Duelo psicológico y sexualidad. Buenos Aires. Edit. Amorrortu

Martín Leila N. (2009) El duelo y la muerte el tratamiento de la pérdida. Editorial Pirámides.

Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007) Muerte y duelo (Guía de intervención). Editorial Síntesis.

Millán-González R., & Medina Nicolás (2010). Revista Colombiana de Psiquiatría Duelo, Duelo Patológico y Terapia Interpersonal, Vol. 39, Núm. 2.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>.

Melchirs, Correr, Rossinoli, Pontarolo& Fernández- Limós (2004) Medidas de Evaluación de la Calidad de Vida en la diabetes. Parte I.

Melchirs et at. (2004), La Calidad de Vida del Paciente diabético. Revista Cubana de Medicina general integral.

Méndez-López, Gómez-López, García-Ruiz, Pérez-López, y Navarrete-Escobar (2004) Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social..

O'Connor, N. (2007). Déjalos Ir Con Amor - La Aceptación del Duelo. Editorial Trillas.

Organización Mundial de la Salud (1999) Definición, diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus y sus complicaciones: Informe de una Consulta de la OMS. Parte 1: Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

<http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/resumida/apartado03/definicion01.html>

Patrick & Erickson s.f. Health and care of the physically disabled in Lambent. Phase I report of the longitudinal disability interview survey. London: St. Thomas's hospital medical school, department of Community medicine.

Perea (2011) Educación Para La Salud y La Calidad de Vida. Ediciones Díaz Santos, Editorial España.

Piédrola, (1991) Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson Salvat.

Slevin, M.I. Plan, H., Lynch, D., Et. Al. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient. British journal of cáncer.

Poch y Herrero (2003) Cit. en Barreto M. Pilar & Ma. Carmen Saiz, (2007).

Muerte y duelo (Guía de intervención). Editorial Síntesis.

Polonsky, (2000) Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. Diabetes Spectrum.

Portilla Lilia, Romero Ma., Román J. (1991). El Paciente Diabético, Aspectos Psicológicos de su Manejo, Vol. 23, Núm. 2. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523203>.

Portilla, L., & Romero, M. I. (1988) Valoración de las variables psicosociales de las respuestas de estrés. Algunas consideraciones metodológicas. Boletín de Psicología.

Quirantes-Hernández et al. (2000) La calidad de vida del paciente. Manual Moderno, Ed. Trillas. España.

Kaplan (1988) Nuevos indicadores de promoción de la salud: El modelo de la política de salud general. Promoción de la Salud.

Rawls s.f. Cit. en Pérez Sales Pau (2006), Trauma, Culpa y Duelo Hacia Una Psicoterapia Integradora. Editorial Desclée de Bruner, España.

Real Academia Española (2007), Recuperarlo en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/72%20El%20proceso%20de%20duelo.pdf>

Samuel-Hodge et at., (2000). Influences on day-to day self-management of type 2 diabetes among African-American women: Spirituality, the multicaregiver role, and other social context factors. *Diabetes Care*.

Schalock, (1994). Schalock, R. L. (1994). La calidad de vida, mejora de la calidad y aseguramiento de la calidad: implicaciones para la planificación de programas y la evaluación en el campo del retraso mental y discapacidades del desarrollo. *Evaluación y Planificación de Programas*.

Bavab de Dreizzen Adriana, (2004). *Los Tiempos del Duelo*. Editorial Paidós Ibérica S.A.

Slevin y Col. (1988) Who should measure quality of life, the doctor or the patient. *British journal of cancer*.

Shin y Johnson (1978) Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*.

Simonds, J., Goldstein, D., Walker, B., y Rawlings, (1981),

El relación entre los factores psicológicos y regulación de la glucosa en diabéticos adolescente.

Tizón (2004) *Perdida, Pena y Duelo, Vivencias, Investigación, Asistencia*. Editorial Paidós, Barcelona.

Walsh y McGoldrick, (1991), Paul (1965) Cit. en J. William Worden (2004).

El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. 2da Edición revisada. Editorial Paidós, Barcelona Nuevos aires, México.

Wu s.f Harris M, col. (1997). *Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance*. Second Edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997.

World H. (.2002). Organización Mundial de la Salud Fact Sheet N ° 138 Diabetes Recuperado [http // www.who.int / inf-fs / en / fact138.html /](http://www.who.int/inf-fs/en/fact138.html).

Woodfield y Viney (1984) Cit. en Barreto Martín Pilar; Soler Saiz Ma. Carmen (2007). *Muerte y duelo (Guía de intervención)*. Editorial Síntesis.

Verdugo (1999). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona, Herder.

Yogi Berra s. f. Cit. en Payás Puigarnau Alba, (2010). Las Tareas del Duelo - Psicoterapia de Duelo Desde Un Modelo Integrativo – Relacional. Edición 1, Paidós, Madrid.

Zisook, (1985) & Lazare, (1979), Cit. en Martín Leila N. (2009). El Duelo y La Muerte (El Tratamiento de la Pérdida). Editorial Pirámides.