



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**RESULTADOS DEL DUPAM: UN PROGRAMA DE ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA A PADECIENTES CON DIABETES
TIPO 2 Y UNA PROPUESTA PARA LA ATENCIÓN
PSICOLÓGICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ABEL FERNANDO GÓMEZ PALACIOS

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

COMITÉ: DR. JOSÉ GABRIEL SÁNCHEZ RUÍZ

MTRO. ALEJANDRO ZARCO VILLAVICENCIO

MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA

LIC. CLARA HAYDEÉ SOLÍS PONCE



CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Principalmente, a mis padres y a mis hermanas, por todo su apoyo a lo largo de toda mi trayectoria académica. Valoro mucho sus palabras, su cariño, sus regaños, su paciencia y todos los momentos que hemos podido compartir. Aunque recientemente las cosas no han sido fáciles, estoy seguro que cuando vuelva a leer estas líneas en unos años, todo será mejor.

Agradezco especialmente a mi director de tesis, el Dr. Marco Antonio Cardoso, a mis asesores, y a mis sinodales, porque dentro de sus ajustados horarios se dieron tiempo para ayudarme con su amplio conocimiento y experiencia, además de siempre portarse muy amables conmigo. Todos sus comentarios y correcciones fueron muy valiosos y me sirvieron no solo para mejorar la presentación de este escrito, sino también para mejorar mis habilidades y mi crecimiento personal y profesional.

A mis amigos, especialmente Isain, Miguel y Carlos, con quienes he podido convivir la mayor parte de la carrera.

A mis compañeros del servicio social, porque mantuvimos una buena convivencia, compartimos conocimientos y juntos logramos hacer un buen trabajo por el bienestar de otros.

Las experiencias y pláticas que pude tener con los asistentes al DUPAM son recuerdos que llevaré por siempre, por lo cual, también quiero agradecerles.

Índice

Introducción

1. Abordaje general de la diabetes mellitus e importancia de su estudio en psicología	1
1.1 Diabetes	1
1.1.1 Epidemia mundial	1
1.1.2 Concepto y etimología de Diabetes	2
1.1.3 Clasificación	3
1.1.4 Síntomas	4
1.1.5 Diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2	5
1.1.6 Factores de riesgo	5
1.1.7 Complicaciones	6
1.1.7.1 Complicaciones agudas	6
1.1.7.2 Complicaciones crónicas	7
1.1.8 Tratamiento	9
1.2 La Diabetes en México	11
1.2.1 El tratamiento de la diabetes en México	13
1.2.2 Algunas razones del fracaso de la estrategia nacional	13
1.3 Un enfoque de abordaje: Psicología de la salud	16
1.4 Adaptación psicosocial a la enfermedad crónica	17
1.5 Reacciones psicológicas ante la diabetes	20
1.5.1 Duelo	20
1.5.2 Estrés	22
1.5.3 Depresión	25
1.5.4 Ansiedad	28
1.6 Variables contextuales y calidad de vida	29
1.6.1 Apoyo social	29
1.6.2 Control percibido y creencias	31
1.6.3 Calidad de vida	34
1.7 Aspectos psicosociales y culturales de la Diabetes Mellitus	36
1.7.1 El papel de la alimentación y aculturación	36
1.7.2 Género	38
1.8 La Diabetes como padecimientos	40
1.9 Un nuevo paradigma en la atención: El empoderamiento	43

2. DUPAM: Diabetes un programa de atención multidisciplinaria	46
2.1 Historia y logros del DUPAM.....	46
2.2 Padecientes.....	47
2.3 Contexto social.....	49
2.4 Pautas de trabajo generales	50
2.4.1 Toma de signos vitales.....	50
2.4.2 Ejercicio físico.....	50
2.4.3 Reuniones sociales	52
2.4.4 Plan de trabajo	52
2.5 Resumen de actividades (2015)	54
2.5.1 Enfermería.....	54
2.5.1.1 Inmunizaciones en grupo DUPAM	54
2.5.2 Medicina	56
2.5.2.1 Hipertensión arterial	57
2.5.2.2 Sobrepeso y obesidad.....	58
2.5.2.3 Complicaciones y otros padecimientos crónicos.....	60
2.5.2.4 Control glucémico.....	61
2.5.2.5 Control hipertensivo.....	63
2.5.3 Odontología	64
2.5.3.1 Relevancia de la evaluación odontológica en la diabetes mellitus	64
2.5.3.2 Estrategia odontológica en grupo DUPAM.....	65
2.5.4 Psicología	67
2.5.4.1 Actualización de expedientes	67
2.5.4.2 Evaluación psicológica	68
2.5.4.3 Evaluación de calidad de vida	69
2.5.4.4 Educación para la salud	69
3. Tratamiento multidisciplinario para la diabetes en DUPAM: Un estudio sobre sus efectos	70
3.1 Objetivos	70
3.2 Hipótesis.....	70
3.3 Variables	70
3.4 Participantes.....	71
3.5 Diseño	72
3.6 Instrumento	72
3.7 Procedimiento	74

3.8 Resultados	75
3.9 Discusión.....	77
4. Recomendaciones para reorientar la atención psicológica en el DUPAM	80
4.1 Esquema general de atención psicológica	80
4.2 Consideraciones de la Asociación Americana de Diabetes y de la Secretaría de Salud.....	83
4.3 Evaluación psicológica general.....	84
4.3.1 Entrevista clínica	84
4.3.2 Actualización de expedientes.....	85
4.4 Elección de un estilo de atención: Directivo vs Empoderamiento	85
4.5 Duelo y aceptación de la enfermedad crónica.....	87
4.6 Educación en diabetes.....	88
4.7 Uso de técnicas cognitivas.....	90
4.7.1 Reestructuración cognitiva	90
4.7.2 Autorregistros	92
4.7.3 Evaluación y manejo del estrés.....	93
4.7.3.1 Estrategias de afrontamiento.....	94
4.7.3.1.1 Entrenamiento en respiración.....	94
4.7.3.1.2 Relajación muscular progresiva	95
4.8 Fomentar el apoyo social	98
4.8.1 DUPAM como grupo de apoyo social	99
4.9 Evaluación y tratamiento de la depresión	99
4.10 Adaptación psicosocial y calidad de vida.....	100
4.11 Batería de pruebas psicológicas	102
4.11.1 Diabetes39	102
4.11.2 Inventario de depresión de Beck.....	104
4.11.3 Inventario de ansiedad rasgo-estado.....	105
4.11.4 Cuestionario de estrés asociado a diabetes (PAID)	107
Referencias	108

Anexos

Anexo 1: Formato de expediente psicológico DUPAM	128
Anexo 2: Cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39.....	136
Anexo 3: IDARE	140
Anexo 4: Cuestionario de estrés asociado a diabetes (PAID)	142
Anexo 5: Autorregistro de pensamientos automáticos asociados a la diabetes.....	145
Anexo 6: Autorregistro del manejo general de diabetes mellitus tipo 2	146
Anexo 7: Registro multidisciplinario de citas y observaciones.....	147
Anexo 8: Test de Beck	148

Resumen

Se describe la importancia y los efectos de uno de los padecimientos más relevantes de la época moderna: la diabetes mellitus, que representa una de las principales causas de muerte en el mundo, y cuya prevalencia aumenta. Se busca explicar por qué resulta un tema de interés para la psicología y por qué el tratamiento tradicional que se sigue en el país ha fracasado.

Se exponen los resultados del programa DUPAM (Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria) durante el periodo enero 2015 – febrero 2016, describiendo su forma de trabajo y logros.

Se incluye un análisis de resultados de personas que presentan diabetes mellitus tipo 2 y asisten en forma constante al DUPAM. A partir de la escala Diabetes 39 y valores de hemoglobina glucosilada, se encuentra que el tratamiento multidisciplinario ha resultado estadísticamente significativo en la disminución de los niveles de HbA1c durante el periodo estudiado.

Por último, se proponen medidas de atención psicológica que pueden hacer más sistemático el trabajo en el programa y mejorar su eficacia.

.

Introducción

La investigación en psicología de la salud ha cobrado mayor relevancia en años recientes. Una de las principales razones es el aumento de las enfermedades no transmisibles y sus graves efectos. Este tipo de enfermedades se caracterizan por ser de larga duración y ser una de las principales causas de muerte en la época contemporánea. En la aparición de este tipo de enfermedades están involucrados factores genéticos, ambientales y conductuales, por lo cual hábitos como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, mala alimentación y condiciones como pobreza o desigualdad social han incrementado su prevalencia, especialmente en países de bajos ingresos.

Una de las enfermedades no transmisibles más comunes es la diabetes mellitus, que es una alteración en la cual el organismo no produce insulina o no puede usarla adecuadamente. Esta alteración tiene como resultado niveles altos de azúcar en sangre, lo que a largo plazo termina generando problemas adicionales en otras funciones como la visión. La diabetes de momento no tiene cura y al tratarse de una condición crónico-degenerativa afecta en muchos aspectos la vida de quien la padece, pues puede generar otros problemas físicos y desestabilizar psicológicamente. Se trata además de una de las principales causas de muerte en el país, su prevalencia aumenta, presentándose cada vez más frecuentemente en personas jóvenes. Aunque recientemente se empiezan a tomar medidas en México como reducir el consumo de azúcares e intentar cambiar los hábitos alimenticios, va a tomar algunos años saber si los cambios son suficientes.

En el caso de las personas que ya viven con diabetes, su condición conlleva limitaciones en la alimentación y cambios conductuales como la toma de medicamentos, ejercicio y revisiones médicas. Cognitivamente, dependiendo de su capacidad para enfrentar el estrés inherente de una enfermedad crónica, puede negarse su condición, vivir atormentada y llegar a presentar

problemas como depresión o ansiedad. Por estas razones es que su tratamiento tiene que ser multidisciplinario y continuo, y resulta un tema de interés para la psicología.

En el programa de la CUAS (Clínica Universitaria de Atención a la Salud) Tamaulipas llamado DUPAM (Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria) se busca trabajar desde un enfoque multidisciplinario, en el que participan pasantes de distintas áreas de la salud (medicina, psicología, odontología y enfermería) y que entiende el padecer como una experiencia característica de la diabetes, que ocasiona que el tratamiento tradicional sea insuficiente para intentar retrasar o evitar las complicaciones.

En este trabajo se hace una revisión de la importancia que tiene el estudio de la diabetes dentro de la psicología y la relevancia que puede llegar a tener un tratamiento holístico en la vida de las personas que presentan diabetes. El texto está conformado por cuatro capítulos:

En el primer capítulo se explica más claramente qué es la diabetes, sus consecuencias, y por qué tiene repercusiones mentales en quien la padece, además de que se justifica por qué es un tema que debería considerarse más en otras disciplinas.

En el segundo capítulo se describe a las personas que asisten al programa DUPAM y se presentan los resultados del periodo enero 2015 – febrero 2016. Se detallan los progresos conseguidos en cada área que conforma el programa.

El tercer capítulo se trata de un análisis estadístico realizado a partir de la prueba Diabetes 39 y el resultado clínico de la hemoglobina glucosilada. Se hacen correlaciones entre las categorías del instrumento, los análisis clínicos y se determina la significancia estadística del tratamiento durante el periodo estudiado.

En el cuarto capítulo se proponen algunas medidas que pueden ser adoptadas por el DUPAM para la atención psicológica, en donde se consideran estrategias que pueden ayudar en la evaluación de los asistentes, facilitar el cambio de hábitos, o crear un clima de empoderamiento en donde la persona pueda tener mayor control de su padecimiento.

1. Abordaje general de la diabetes e importancia de su estudio en psicología

1.1 Diabetes

1.1.1 Epidemia mundial.

Se estima que hay alrededor de 442 millones de adultos con diabetes en el mundo. El número de personas con diabetes se ha duplicado en los últimos años, pasando del 4.7% de la población adulta a nivel mundial en 1980 al 8.5% en 2014 (OMS, 2016).

En 2015, de acuerdo a la International Diabetes Federation [IDF] (2015), 1 de cada 11 adultos padece diabetes y se estima que para el año 2040 1 de cada 10 adultos sea diabético; este aumento ha estado acompañado de cambios culturales y sociales en el mundo, como el aumento en paralelo de la obesidad (OMS, 2014). La IDF advierte que alrededor del 50% de las personas con diabetes desconoce su condición y se pone en riesgo frente a las complicaciones, por lo que una de las tantas problemáticas en los servicios de salud en el mundo es la de buscar soluciones para un diagnóstico oportuno.

Como se observa en la figura 1, México ocupa el sexto lugar en países con el mayor número de personas con diabetes.

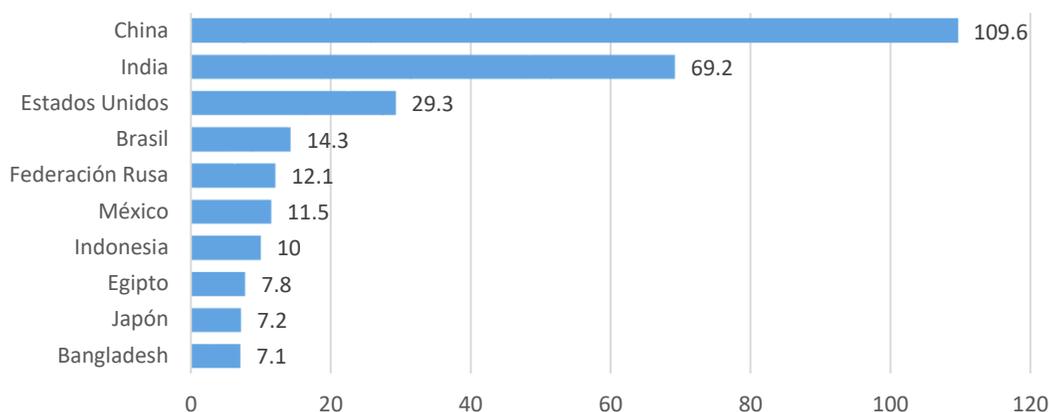


Figura 1. Países con el mayor número de adultos con diabetes

La diabetes provocó en 2015 alrededor de 5 millones de muertes en el mundo, mientras que la suma de las muertes causadas por tuberculosis y VIH en el mismo año es de 3 millones (IDF, 2015), por lo cual hay una preocupación creciente en torno a los efectos de las enfermedades no transmisibles. Si la diabetes provoca tantas muertes, es debido a que es una de las principales causas de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2014).

A nivel internacional, los principales objetivos para detener el aumento de la diabetes, de acuerdo a la IDF (2015) son: 1) aumentar la educación sobre la enfermedad para mejorar el diagnóstico y control en las personas que padecen diabetes; la educación también puede fomentar cambio de hábitos para prevenir la diabetes tipo 2. 2) Promover la atención y tratamiento de la enfermedad. 3) Reducir el consumo de azúcares a nivel mundial y mejorar la producción y accesibilidad de alimentos más saludables. La IDF ha buscado cumplir estos objetivos a través de la promoción de cambios en la legislación de diversos países para entre otras cosas, garantizar el acceso a la insulina o ampliar el número de especialistas en diabetes.

Las previsiones de la IDF (2015) no son alentadoras, pues de acuerdo a esta organización, se espera que para el 2025 haya más de 592 millones de personas con diabetes en el mundo.

1.1.2 Concepto y etimología de Diabetes.

Diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por hiperglucemia (glucosa alta en sangre) y que es provocada cuando el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no utiliza adecuadamente la insulina producida (OMS, 2016). La diabetes es una enfermedad grave, crónica, degenerativa y compleja que puede ser causa de muchas complicaciones y malestar para quien la padece. El conocimiento que se ha generado en los últimos años acerca de este padecimiento ha permitido saber que la diabetes también es controlable y que a partir de este control es posible retrasar y prevenir sus graves efectos.

Etimológicamente diabetes deriva del verbo griego *diabaíno* (prefijo dia: a través de, báino: andar o pasar); originalmente diabetes significa compás, y hace referencia a la forma de una persona al andar, pero, medicamente se atribuye a Areteo de Capadocia, quien empleó el término haciendo alusión al sentido etimológico de tránsito, aludiendo a la micción excesiva (Rojo, 2004). Diabetes mellitus es un término empleado por Thomas Willis en 1674 que describe un tipo de diabetes en el que la orina tiene un aspecto similar al de la miel (Rojo, 2004).

1.1.3 Clasificación.

De acuerdo a la American Diabetes Association [ADA] (2017), los distintos tipos de diabetes son los siguientes:

- Diabetes tipo 1: Ocasionada porque el sistema inmune ataca las células beta, encargadas de la producción de insulina en el páncreas. Las razones por las que esto ocurre son desconocidas. Las personas con éste padecimiento necesitan administrarse insulina diariamente. La diabetes tipo 1 comienza a manifestarse comúnmente en la niñez y adolescencia, por lo que se le conoce también como diabetes juvenil.
- Diabetes tipo 2: En términos generales, se trata de una pérdida progresiva en la producción de insulina o resistencia a la insulina de los tejidos. Estas condiciones provocan niveles elevados de glucosa. Las personas con éste tipo de diabetes pueden llegar a necesitar un tratamiento con insulina, pues con el tiempo, el organismo no genera insulina suficiente. La diabetes tipo 2 está relacionada con etnicidad, historial familiar de diabetes, historial de diabetes gestacional y edad avanzada. Se le conoce también como diabetes del adulto.
- Diabetes gestacional: Usualmente diagnosticada en el segundo o tercer mes del embarazo. Se presentan los síntomas comunes debido a la hiperglucemia (niveles altos de azúcar en la sangre) como sed excesiva (polidipsia). Normalmente desaparece tras el

parto, pero la probabilidad de que la madre o el bebé desarrollen diabetes tipo 1 o 2 en algún momento de la vida aumenta.

- Tipos de diabetes específicos, que surgen por otras causas: La diabetes inducida, como efecto secundario de medicamentos; diabetes por pancreatitis; diabetes por enfermedades endócrinas como el síndrome de Cushing.

La diabetes tipo 2 es la que más ha afectado a nivel mundial. La población del DUPAM está compuesta únicamente por personas con éste tipo de diabetes. Una de las características de la diabetes tipo 2 es ser prevenible y por ello, es la categoría diagnóstica en la que más se puede actuar. Por todas estas razones, en este trabajo se describen únicamente las características de este tipo de diabetes.

1.1.4 Síntomas.

Los síntomas característicos de la diabetes (tipo 1 o 2) son los siguientes (American Diabetes Association [ADA], 2017):

- Constante necesidad de orinar (poliuria)
- Sed excesiva (polidipsia)
- Hambre excesiva (polifagia)
- Cansancio (astenia)
- Infecciones frecuentes
- Visión borrosa
- Heridas que tardan en sanar
- Entumecimiento de pies y manos

A diferencia de la diabetes tipo 1, en la diabetes tipo 2 los síntomas mencionados son menos intensos o no aparecen. De acuerdo con Barnard, Lloyd y Holt (2012), la sintomatología característica aparece en alrededor del 50% de los casos y la persona con éste tipo de diabetes llega a habituarse a los episodios de hiperglucemia y por ello el diagnóstico puede llegar a retrasarse por años, provocando complicaciones durante ese tiempo.

1.1.5 Diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Los criterios son los siguientes (ADA, 2017):

- Síntomas de diabetes y prueba de glucosa plasmática casual superior a 200 mg/dL. Por prueba casual se entiende que es realizada a cualquier hora del día, sin importar el tiempo que ha transcurrido desde la última ingesta de comida.
- Glucosa plasmática preprandial superior a 126 mg/dL en dos ocasiones. Según Oviedo, Espinosa, Reyes y Velázquez (2003), preprandial se refiere al no ingreso de calorías en al menos 8 horas.
- Glucosa plasmática posprandial a las 2 horas superior a 200 mg/dL. Es decir, la prueba se realiza dos horas después de comer con una carga de 75g de glucosa disuelta en agua.

Adicionalmente y en años recientes, la ADA (2017) sugiere en el diagnóstico una prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1C), que muestra el nivel promedio de la glucosa en sangre en los últimos tres meses. Se considera diabetes cuando el nivel de esta prueba supera o es igual a: 6.5%.

La ADA recomienda una segunda prueba de glucosa, inmediata a la primera, pero con una muestra de sangre distinta. Este segundo análisis aplica a personas que no superan los 200/dL en una prueba de glucosa casual.

1.1.6 Factores de riesgo.

La IDF (2015), considera los siguientes factores de riesgo en la diabetes mellitus tipo 2:

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus
- Sobrepeso / obesidad
- Inactividad física
- Edad avanzada
- Presión arterial alta
- Antecedentes de diabetes gestacional

1.1.7 Complicaciones

Las complicaciones son la consecuencia más grave de padecer Diabetes Mellitus, las hay de índole aguda y crónica y las más destacables son: hiperglucemia, hipoglucemia (agudas), insuficiencia renal crónica, ceguera, amputaciones y enfermedad cardiovascular (ADA, 2017; Membreño & Zonana, 2005).

1.1.7.1 Complicaciones agudas.

- Hipoglucemia

Es la concentración de glucosa en sangre inferior a 60 mg/dL y está asociada al tratamiento farmacológico de la diabetes; Es una condición difícil de detectar debido a que los episodios de hipoglucemia muchas veces se dan en las noches (Mediavilla, 2001).

- Hiperglucemia

El concepto hace referencia a un valor muy elevado de glucosa en sangre y suele aparecer por déficit absoluto o relativo de insulina (Mediavilla, 2001). La hiperglucemia está asociada entre otros problemas, con mayor mortalidad y estancia hospitalaria (García-Ramos, Cruz-Domínguez, Madrigal-Santillán, Morales González & Vera-Lastra, 2015).

- Cetoacidosis diabética

Se produce por deficiencia de insulina y un aumento en la producción de cetonas, que es una reacción del cuerpo para usar éstas como fuente de energía (Rovira & Ortega, 2010). Es más común en personas con diabetes tipo 1 y la principal causa de muerte en niños que presentan este tipo de diabetes (Ahton, 2013).

- Estado hiperosmolar

Conocido también como síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, es más común en personas con diabetes tipo 2, surge usualmente debido a infecciones o enfermedades y produce una intensa deshidratación que puede llegar a causar la muerte, la mortalidad debido a esta causa es cercana al 40% de los casos (Banderas, Espinoza & Zermeño, 2017) . Representa el 5% de las urgencias hiperglucémicas (Roldán & Rivera, 2008).

1.1.7.2 Complicaciones crónicas.

- Neuropatía

De acuerdo a Martínez-Conde, Paredes y Zacarías (2002), se trata de la complicación más frecuente en personas que presentan diabetes, afecta el sistema nervioso y por ello, puede afectar a nivel motor, sensitivo o autónomo, se suele manifestar como adormecimiento o molestias en las extremidades. Está presente en el 40-50% de los pacientes con diabetes tipo 1 o 2 con más de 10 años de evolución y es una de las principales causas de amputación (Mediavilla, 2001).

- Nefropatía

Como lo explica en términos sencillos la ADA (2017), la diabetes puede afectar el correcto funcionamiento de los riñones, haciendo que éstos se deterioren con el tiempo y comiencen a dejar de filtrar proteínas útiles por el organismo provocando en ocasiones insuficiencia renal, requiriendo en ocasiones tratamiento sustituto de la función renal (diálisis, trasplante renal).

- Retinopatía

Es la afectación de la retina por la diabetes y se trata de una de las complicaciones más comunes, aunque pueden verse afectadas otras partes del aparato visual, es una de las principales causas de ceguera y verse empeorada por el tiempo de evolución de la diabetes y niveles elevados de hemoglobina glucosilada (Mediavilla, 2001).

- Angiopatía

Otra complicación común en la diabetes mellitus tipo 2 se refiere a problemas en los vasos sanguíneos. Las consecuencias de esto, se notan principalmente en la enfermedad vascular periférica, aunque como comenta Miralles (2009), se trata de una expresión local de un problema mayor conocido como macroangiopatía (afectación de grandes vasos sanguíneos).

La macroangiopatía en personas con diabetes es una de las principales causas de enfermedad cerebrovascular e infartos, en tanto la enfermedad vascular periférica es responsable de alrededor de la mitad de los casos de amputaciones quirúrgicas en extremidades inferiores por causas no traumáticas (Miralles, 2009)

- Hipertensión arterial

La presión arterial es la fuerza con la que la sangre empuja las paredes arteriales, la relación entre éste concepto y tensión arterial es tanta que al medir una, se obtiene también el valor de la otra (Argente & Álvarez, 2008).

La presión arterial se expresa en milímetros de mercurio y de acuerdo con Coca, Aranda y Redón (2009), los valores de Presión Arterial se han clasificado por medio de acuerdos internacionales de la siguiente manera:

- PA Óptima: PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg
- Prehipertensión: PAS 120-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg
- HTA Estadio 1: PAS 140-159 mmHg o PAD 90-99 mmHg
- HTA Estadio 2: PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 100 mmHg
- HTA sistólica aislada: PAS \geq 140 mmHg y PAD < 90 mmHg

En personas con diabetes se consideran los valores 130 (sistólica) y/o 80 (diastólica) para determinar hipertensión arterial (Tébar & Escobar, 2009).

La hipertensión está asociada a problemas cardiovasculares y puede ocasionar complicaciones en otros órganos, por lo que el tratamiento está enfocado en mantener la presión por debajo de los límites establecidos (Tébar & Escobar, 2009).

1.1.8 Tratamiento.

Al tratarse de un padecimiento multifactorial, la diabetes debe tratarse desde una perspectiva holística y multidisciplinaria (ADA, 2017; Oviedo, Espinosa, Reyes, Trejo & Velázquez, 2003) en donde se consideren las condiciones de vida del paciente, así como sus objetivos. De esta manera el tratamiento debe comprender las particularidades como nivel socioeconómico, edad, ocupación, escolaridad, acceso a servicios de salud, complicaciones, ideas, temores y todos los factores involucrados en la diabetes mellitus.

El equipo multidisciplinario según la ADA (2017) debe estar conformado por médicos, enfermeros, nutriólogos, especialistas en salud mental, odontólogos y farmacéuticos. La existencia de un equipo multidisciplinario no implica un tratamiento exitoso, pues es necesario de un rol activo de la persona con diabetes (Cardoso, Zarco, Aburto & Rodríguez, 2014).

El equipo multidisciplinario hace una valoración inicial y diseña un plan de intervención individualizado. Sin embargo, hay algunas pautas generales (ADA, 2016): educación y apoyo en el automanejo de la diabetes, control nutricional, cese del hábito tabáquico, educación sobre actividad física, guía de vacunación y valoración psicosocial. Se describen las más importantes:

- Educación y apoyo en el automanejo de la diabetes: Se busca que el paciente adquiera conocimientos, habilidades y conductas que le permitan afrontar la enfermedad, mejorar su toma de decisiones y autocuidado, mejorar la resolución de problemas y colaboración con el equipo de salud para aumentar calidad de vida, estado de salud y obtener óptimos resultados clínicos.

- Control nutricional: Se sugiere un plan individual, aunque hay objetivos generales como reducción de peso en personas con obesidad, que ha demostrado ayudar en el control glucémico. Otros objetivos comprenden monitorear efectos tras el consumo de carbohidratos y moderar el consumo de grasas y sodio, especialmente en personas con complicaciones.
- Actividad física: Las recomendaciones para la población mayor a 18 años son 150 minutos de ejercicio moderado a la semana o 75 de ejercicio intenso. En personas mayores a los 65 años se pueden emplear las mismas cifras si es posible, y si no, alentar a que el adulto mayor se mantenga activo en la medida de lo posible. Es necesario hacer una evaluación previa en personas con problemas cardiovasculares.
- Cese del tabaquismo: Eliminar este hábito trae muchos beneficios como la reducción de problemas cardiovasculares o la reducción de la presión arterial. Aunque no se trata de un proceso sencillo suele ayudar la psicoterapia o tratamientos farmacológicos.
- Inmunizaciones: Las personas con diabetes deben vacunarse contra la hepatitis B, neumonía neumocócica e influenza.
- Valoración psicosocial: Comprende diversos aspectos como la evaluación de actitudes y creencias sobre la enfermedad, expectativas sobre el tratamiento y resultados, emociones, calidad de vida, recursos e historial clínico. También se considera la evaluación del estrés asociado a la diabetes y depresión. La atención psicológica no queda limitada a lo sugerido por la ADA.

1.2 La Diabetes en México.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT 2016) el 9.4% de la población adulta del país ha recibido el diagnóstico de diabetes, aunque se estima que el número de personas que presenta el padecimiento podría ser mayor, pero se trata de personas que aún no son conscientes de su condición (Secretaría de Salud [SSA], 2016).

Como se observa en la figura 2, las complicaciones más comunes en el país son problemas asociados a los ojos (disminución de la visión, daño en retina, ceguera) y a neuropatías (dolor en extremidades, úlceras, amputación).

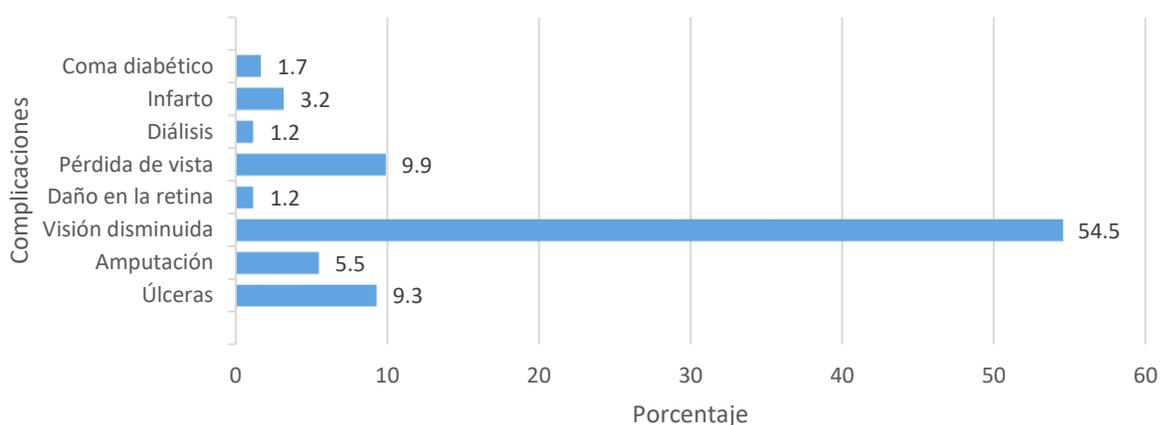


Figura 2. Principales complicaciones de personas con diabetes en México

Son necesarios más de 4524 millones de dólares para brindarle atención a todas las personas con diabetes en el país, sin embargo, esta cantidad supera los 3790 millones asignados en 2010 al Seguro Popular (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013), por lo que los recursos económicos resultan insuficientes ante un problema tan grave. Para 2013 la carga económica de la diabetes, que resulta de la suma de los gastos de atención médica y los gastos indirectos como mortalidad prematura, fue de: 362 859. 82 millones de pesos. Esto se traduce en pérdidas en un nivel similar al de las registradas por factores como la corrupción (Barraza-Lloréns et al., 2015).

En el país, la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, ceguera, amputaciones no traumáticas y problemas renales (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012). Además, está asociada con pérdida en la productividad y tiene graves efectos en el desarrollo nacional y la pobreza.

El gobierno federal recientemente ha empezado a tomar medidas para enfrentar el grave problema que representa la diabetes, sin embargo, las estrategias de abordaje de esta enfermedad se centran casi totalmente en el tratamiento farmacológico, dejando a un lado aspectos como la prevención de las complicaciones o la educación sobre la enfermedad. Por ello, la IDF (2014) considera de acuerdo a una lista de objetivos por país, que en México los recursos destinados a la diabetes son insuficientes. Aunque el tratamiento farmacológico está cubierto en la mayoría de la población con el padecimiento (el 87.8% de la población con diabetes en México reporta recibir tratamiento médico (SSA, 2014)), otros aspectos están descuidados, como la prevención, el automanejo, la atención a las complicaciones y la discriminación (IDF, 2014)

La estrategia del Gobierno de la República incluye la prevención en conjunto de sobrepeso, obesidad y diabetes (SSA, 2013). El plan tiene tres pilares: 1) Preservar la salud pública a través de la promoción de la salud y prevención. 2) Garantizar atención médica a todos y 3) Regulación fiscal para crear reformas en aspectos referentes a la alimentación. Sobre la atención específica de la diabetes, la estrategia tiene como objetivo lograr el control glucémico y preservar la calidad de vida del paciente. La estrategia presenta ambigüedad en algunos puntos, pues, aunque se habla de la creación reciente de un centro multidisciplinario en la Ciudad de México, no se busca fomentar un modelo similar en el resto del país, ni se habla de la educación en diabetes, que ayudaría al diabético a conocer cómo mantener su control glucémico y además resultaría más económico (Fundación IDEA, 2014).

1.2.1 El tratamiento de la Diabetes en México

De acuerdo a la NOM-015-SSA2-1994 (1999), el propósito principal del tratamiento es aliviar los síntomas, mantener el control glucémico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad. En la norma se habla de un tratamiento principalmente médico en el que se sugiere la ayuda de un equipo multidisciplinario (también mencionado como equipo de trabajo) en algunos aspectos del tratamiento no farmacológico y la elaboración del expediente, pero no se hace una descripción exhaustiva acerca de la participación de otros especialistas. El tratamiento recomendado por la secretaría de salud se resume en los siguientes puntos:

- Las metas son control glucémico, nivel adecuado de colesterol, triglicéridos, presión arterial y peso.
- Se le da importancia al tratamiento no farmacológico para evitar o retrasar las complicaciones. Comprende la alimentación, ejercicio y control de peso.
- Se resalta la importancia de la educación de aspectos básicos de la diabetes, complicaciones y automonitoreo no solo en las personas con diabetes, sino en su familia, que se puede dar a través de grupos de apoyo.
- Se detalla el tratamiento farmacológico y las distintas condiciones en las que se pueden usar ciertos medicamentos. También se detalla el uso de insulina.
- La atención incluye la evaluación de las complicaciones más frecuentes.

1.2.2 Algunas razones del fracaso de la estrategia nacional en el tratamiento de la diabetes mellitus

La enfermedad crónica está vinculada con factores culturales y sociales. En el caso de la diabetes, dentro del contexto mexicano es difícil que la persona que presenta el padecimiento se plantee mantener el control glucémico siendo esta una meta a cumplir a largo plazo para el retraso de las complicaciones (Viniestra-Velázquez, 2006). Hay razones de tipo cultural para que

esto suceda, pues históricamente la población mexicana busca sobrevivir en el día a día. Esto se traduce en que, sus acciones buscan resultados en el corto plazo, mientras la diabetes exige acciones anticipatorias para evitar complicaciones en el futuro. Además, la condición pasiva y conformista de la gente ante un contexto de corrupción, desigualdad, pobreza y creciente industrialización no permite el desarrollo personal (Viniestra-Velázquez, 2006). El desarrollo personal puede sonar desligado de la enfermedad crónica, pero la realidad es que está íntimamente relacionado si se considera que, el padecer diabetes exige de disposición, motivación, autocontrol y demás aptitudes que es difícil que se desarrollen en un contexto como el de México. La enfermedad entonces está ligada a lo que ocurra en el contexto y en el país la atención a la diabetes se muestra insuficiente, además de que el modelo usado se centra en un apoyo principalmente instrumental (que implica medicamentos, consultas, cirugías etcétera) y jerárquico.

En la misma línea de investigación, Cardoso (2000) menciona un ejemplo en el que es fácil entender por qué las personas buscan mantener sus hábitos: en la cultura mexicana, durante alguna festividad, una persona se siente persuadida hacia comer alimentos que normalmente debe evitar o consumir con moderación. La persona se siente presionada porque culturalmente en el país se entiende que en las fiestas no hay que limitarse. Si la persona prefiere darle prioridad a la convivencia con otros es por las siguientes razones:

- No se presentarán complicaciones o manifestaciones somáticas como dolor.
- Las complicaciones en la diabetes aparecen a mediano y largo plazo.
- Los hábitos con los que se ha crecido son producto de la socialización y son difíciles de cambiar-

La cultura, aunque no es usualmente un factor considerado en la atención a la diabetes, ha demostrado con el paso del tiempo, ser tan importante como las causas biomédicas que

generan el padecimiento. De acuerdo a Moscovici (1984) la propagación de ideas, creencias y costumbres forman una especie de conocimiento común que se conoce como representaciones sociales. Este conocimiento de origen social se preserva porque es transmitido a través del lenguaje a lo largo de muchas generaciones y su influencia es tal que a pesar de que empíricamente se haya refutado, permanece porque brinda seguridad a la gente. En el caso de la diabetes mellitus, sirve como ejemplo el hecho de que las personas que presentan el padecimiento consideran el uso de la insulina como nocivo y causante de complicaciones mayores como ceguera (Lerman, 2009).

Sobre representaciones sociales, García, Salcedo y López (2006) obtuvieron algunos resultados interesantes sobre el conocimiento que tienen las personas con diabetes sobre su padecimiento, como el hecho de que las mujeres conocen mejor la enfermedad y se presenta más concordancia entre lo que saben acerca de la diabetes. A pesar de los esfuerzos a nivel mundial por cambiar el concepto que se tiene del origen de la diabetes (multifactorial), las representaciones sociales de que la enfermedad surge únicamente por emociones negativas como ira o miedo, persisten; en el tema de las complicaciones el caso ha sido distinto pues las personas que presentan el padecimiento piensan bajo el modelo biomédico; por otra parte, los hábitos de las personas controladas se muestran flexibles pues buscan apoyo de otros medios (medicina alternativa, por ejemplo) y le dan más importancia al apoyo de su círculo social (García et al. 2006).

Las estructuras semánticas acerca del autocuidado, restricciones y motivos para cuidar la salud no varían significativamente entre las personas controladas y las no controladas, como demostraron Salcedo-Rocha, García y Sevilla (2008). Los participantes de este estudio sin control glucémico presentaron pequeñas diferencias en cuanto al ejercicio pues su concepción de la palabra se da en términos más sencillos y restringidos, mientras que las personas controladas

consideran más opciones para ejercitarse, además las personas controladas asocian la ayuda familiar con apoyo mutuo y cooperación.

La educación sobre salud que se busca transmitir desde el sector salud en el país no ha sido capaz de sobrepasar los mitos y creencias sobre la diabetes. Como ejemplo, en el estudio de Bustos et al. (2007) se demostró que la población urbana y rural del estado de Jalisco tiene un conocimiento pobre sobre aspectos generales del padecimiento y la manera de lograr el control glucémico. En contraste, el conocimiento sobre las complicaciones es notable. Las cifras resultaron ser más bajas en población rural y en personas con bajo nivel socioeconómico y educativo, por lo que hace falta en el país un tratamiento más riguroso, que trascienda el conocimiento biomédico y le conceda más responsabilidad a la persona con diabetes sobre su salud.

1.3 Un enfoque de abordaje: Psicología de la salud.

A lo largo de la historia de la psicología se han buscado métodos para actuar en atención primaria, esto es, evitar la aparición de enfermedades orgánicas y trastornos mentales. Aquí es en donde aparece la psicología de la salud, el término es definido por Stone (León, 2004) como la aplicación de cualquier concepto o teoría psicológica dentro de la problemática de la salud. Estas intervenciones pueden darse a diferentes escalas (social, individual) y con diferentes objetivos (campañas de promoción de la salud, programas de modificación de conducta).

Es preciso mencionar que el modelo de salud del que se parte en esta área es del llamado psicosocial (en donde se atribuye que la enfermedad surge por causas físicas, psicológicas y sociales). Para Morrison y Bennett (2008), el modelo psicosocial entiende que la perspectiva del monismo dual es la que mejor explica las enfermedades, pues se parte del supuesto de que hay un tipo de materia (el cuerpo humano) que se puede apreciar de dos maneras diferentes: una

objetiva y otra subjetiva. Así, por ejemplo, se puede entender la diabetes desde los síntomas, pero también desde las creencias, expectativas y emociones de quienes lo padecen.

La psicología de la salud constituye el marco referencial de esta propuesta. Dentro del contexto universitario a través del DUPAM se trabaja con una población de manera continua, a partir de un enfoque multidisciplinario. Dentro del área de psicología se busca utilizar un programa de mayor complejidad destinado a mejorar la calidad de vida de los asistentes, así como de las personas que se integren en el futuro.

1.4 Adaptación psicosocial a la enfermedad crónica.

Las teorías en torno a la adaptación psicosocial han intentado explicar cómo el enfermo crónico logra hacerle frente a condiciones tan complicadas como esclerosis múltiple, cáncer o diabetes; para ello, parten de la premisa de la complejidad que arraigan las enfermedades crónicas y logran crear modelos en donde participan un amplio número de variables que están estrechamente relacionadas.

Uno de los modelos explicativos que destaca, es el de Livneh (2001), pues se consideran condiciones biológicas, sociales y psicológicas para entender las dificultades que se presentan en la enfermedad crónica no solo en un nivel conceptual, sino dentro de la práctica clínica. Este autor considera dentro de su modelo tres áreas conceptuales:

- Antecedentes o eventos desencadenantes

En esta categoría se incluyen las posibles causas de la enfermedad crónica como pueden ser predisposición genética, accidentes o lesiones. En el caso de la diabetes se tomarían en cuenta los factores de riesgo y el momento del diagnóstico.

Livneh considera también dentro de esta categoría a las variables contextuales, que son eventos o circunstancias que coinciden con la enfermedad crónica y que clasifica en tres

subcategorías: 1) Estado actual: comprende estado de salud, edad, o género. 2) Estado psicosocial: se incluyen la identidad social, el desarrollo moral, cognitivo y emocional. 3) Condiciones ambientales: Son los aspectos sociales y económicos.

- Proceso de adaptación psicosocial

Para Livneh, es un proceso discutido, que comprende reacciones progresivas únicas en cada persona en relación con un extenso número de variables. El autor hace la siguiente clasificación:

1) Reacciones psicosociales a la enfermedad crónica: Se entiende como una serie de consecuencias a corto plazo originadas por el shock inicial de identificarse como enfermo (fases de duelo), y también a largo plazo, como la adaptación activa tras años con la condición. Las reacciones pueden ser tan diversas que, en el caso de la diabetes, una persona puede aceptar y afrontar el padecimiento o negar su condición crónica y seguir con malos hábitos.

2) Variables contextuales: Son variables que normalmente median las reacciones ante la enfermedad crónica. Son más dinámicas que las variables contextuales de la categoría antecedentes. Livneh hace una clasificación en cuatro categorías:

- Variables relacionadas con la enfermedad crónica: Se incluyen las partes del cuerpo afectadas, dolor, duración, grado y demás variables.
- Variables relacionadas con aspectos sociodemográficos: Se toman en cuenta edad, etnicidad, género y rol social.
- Variables asociadas a la personalidad o características psicológicas: En la categoría, el autor incluye a variables ampliamente estudiadas como autoconcepto, autoestima, autoeficacia, control percibido, significados, actitudes y creencias.

- Variables asociadas con características ambientales: Se incluyen todo tipo de variables físicas (barreras físicas o dificultades para moverse, en el caso de personas con discapacidades) y otros aspectos de carácter social como oportunidad laboral, apoyo institucional o recursos financieros.
- Consecuencias del proceso de adaptación psicosocial

Para Livneh, la consecuencia final en el proceso de adaptación es la calidad de vida, que entiende como un proceso multidimensional compuesto por aspectos subjetivos y observables, y que, para el autor, es hacia donde debe ir encaminada toda intervención

Las consecuencias se clasifican en tres niveles: 1) Intrapersonal: Autoestima, autoconcepto, bienestar emocional y físico pertenecen a este nivel. 2) Nivel interpersonal: Están presentes en este nivel la vida familiar, matrimonio, amistades etc. 3) Nivel social: Se toman en cuenta el trabajo, escuela y tiempo de ocio.

La figura 3 ilustra cómo es que puede emplearse el modelo de Livneh para explicar la adaptación psicosocial en el caso de la diabetes mellitus. En la parte de antecedentes se incluyen las causas asociadas a la aparición del padecimiento. En el proceso de adaptación psicosocial están, por un lado, las reacciones psicosociales, que en este caso son estrés o depresión. También aparecen en el proceso de adaptación las variables contextuales, que median las reacciones, como el caso del apoyo social. Por último, las consecuencias están determinadas por la calidad de vida, un concepto multidimensional que involucra el mundo objetivo y subjetivo del enfermo. En el resto del capítulo se detalla cómo es que cada variable está involucrada en el proceso de adaptación.

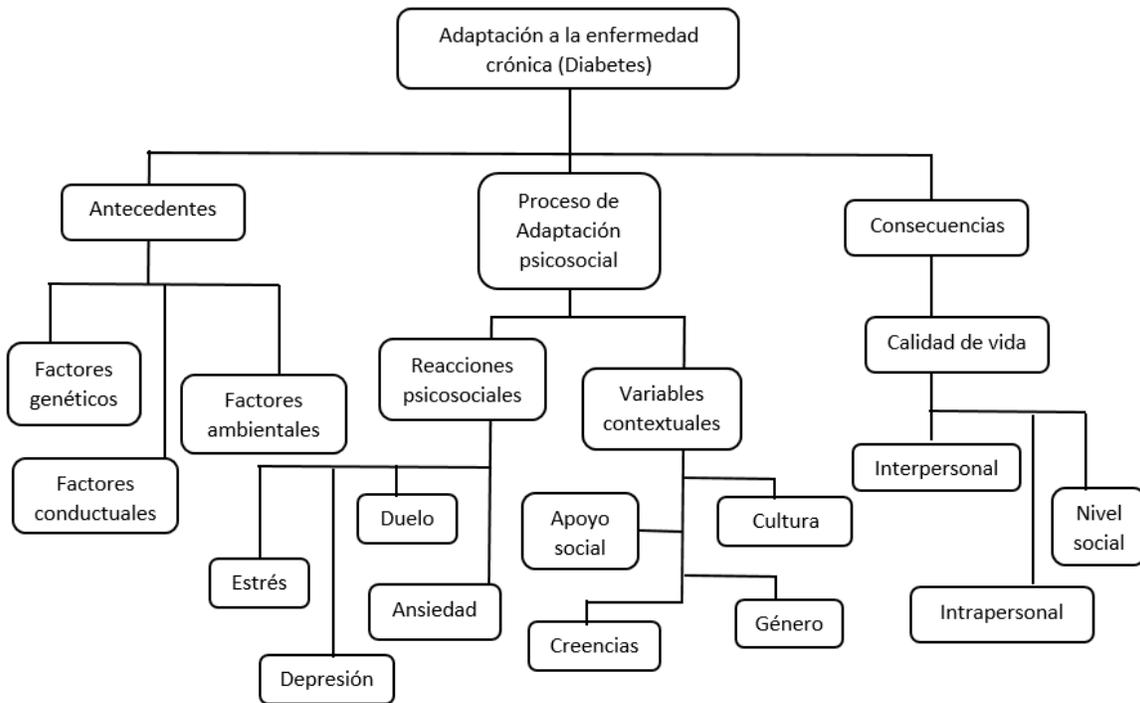


Figura 3. Adaptación a la enfermedad crónica en el caso de la diabetes mellitus.

1.5 Reacciones psicológicas ante la diabetes.

1.5.1 Duelo.

Las personas con diabetes experimentan continuamente situaciones que pueden afectarles, desde lidiar con mitos y creencias erróneas sobre la enfermedad, hasta cumplir con las demandas de su tratamiento. La pérdida de la salud por esta enfermedad crónica, implica que las personas tienen que cambiar su alimentación, hacer ejercicio, estar pendiente de su control glucémico, entre otras medidas, que terminan por desestabilizar su vida. Puede decirse entonces, que la pérdida de la salud a causa de la diabetes genera un duelo.

Duelo es un constructo ampliamente estudiado, aunque es difícil definirlo con claridad puesto que es subjetivo, multidimensional y complejo (García, 2012). Sin embargo, para Neimeyer (2002) suele entenderse como una reacción natural ante una pérdida significativa en

una sucesión de etapas y reacciones emocionales que culminan en la recuperación de la persona, siendo la teoría de Kübler-Ross la más conocida y empleada a nivel teórico.

De acuerdo con Isla, Moncho, Guash y Torras (2008), el diabético recién diagnosticado pasa regularmente por las etapas descritas por Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, aunque no tiene que pasar necesariamente por todas las etapas o seguir un orden determinado.

A mayor edad de la persona, es más probable que se termine por dar la negociación y a mayor tiempo del diagnóstico es más probable encontrar a la persona en la etapa de depresión, de igual manera, a mayores niveles de glucemia, es más probable que un diabético esté en la etapa de depresión de acuerdo con Rodríguez-Moctezuma et al. (2015).

El hecho de que la diabetes no termine por aceptarse ocasiona más problemas de lo que se podría pensar, como lo demostraron Molina, Acevedo, Yáñez, Dávila y González (2013) en cuyo estudio se encontró correlación entre depresión y control glucémico (en personas con rasgos depresivos había niveles más altos de HbA1c) y entre presencia de duelo y descontrol glucémico además de tener peor calidad de vida con relación a su estado de salud.

En el caso de la diabetes, el duelo tiene otras connotaciones como indica Isla et al. (2008), pues la persona que presenta el padecimiento puede sufrir pérdidas adicionales por las complicaciones y por eso es que el autor plantea referirse a una adaptación más que a una aceptación que nunca termina por darse.

Puede resumirse que el duelo es una variable a tener en cuenta por el hecho de que las personas que no han terminado por asimilar la enfermedad son quienes siguen experimentando emociones negativas y resistencia al tratamiento.

1.5.2 Estrés.

Estrés es un concepto ambiguo y de creciente interés popular, manejado erróneamente en los medios de comunicación haciendo referencia a los efectos negativos de la vida moderna.

Para Piña, Ybarra y Fierros (2012) el estrés representa un fenómeno biológico estudiado en un inicio por Selye, en donde describía una serie de reacciones orgánicas de defensa ante estímulos nocivos en donde destaca la activación de la hipófisis, el hipotálamo y las glándulas suprarrenales, así como la producción de glucocorticoides en lo que se conoció en un inicio como síndrome general de adaptación.

Para Oblitas (2003) estrés es un concepto que varía de acuerdo al enfoque desde el cual se aborde. Para este autor son tres los enfoques principales: el primero es el ambientalista que hace referencia a situaciones desagradables causantes de estrés y que son dignas de modificaciones. Otro enfoque es el que se centra en la respuesta del organismo ante los estresores y que surge a partir de la investigación de Selye. El último enfoque es el que le da énfasis a la interacción entre el organismo y los estresores y en donde destaca el modelo transaccional de Lazarus y Folkman con un gran énfasis en la subjetividad.

La investigación dedicada a la relación entre estrés y diabetes no escapa al debate conceptual, pero una solución ha sido entender los efectos fisiológicos y cognitivo-conductuales por separado, como en el caso del control glucémico, que es afectado por el estrés a través de dos vías: una directa que actúa fisiológicamente (sistema neuroendocrino) y la vía indirecta en donde el control metabólico se altera (mejora o empeora) por cambios en la conducta (Del Castillo, Guzmán, García & Martínez, 2012).

Algunas de las principales causas de estrés para la persona que vive con diabetes, mencionadas por Méndez y Beléndez (1994), son las siguientes: La primera y principal causa se refiere a seguir un tratamiento específico que cambia por completo la vida diaria del paciente,

dentro de un contexto social en el que estará “tentado” a no seguir con su régimen. Otras condiciones estresantes se refieren al estigma de estar enfermo y los episodios hipoglucémicos. Todas estas causas entran dentro de la categoría de estresores de efecto directo, pues ocasionan la secreción de catecolaminas y glucocorticoides y con esto el aumento de la glucosa en sangre (Surwit & Schneider, 1993).

El trabajo de Polonsky et al. (1995), en el que se desarrolló el instrumento PAID (Problem Areas in Diabetes Survey) demostró que el estrés por diabetes (diabetes distress) representa un tipo único de estrés que es medible a partir de las preocupaciones en torno a las pruebas de glucosa en sangre, uso de comida y alimentación. De igual manera, Polonsky et al. mencionan que estrés por diabetes está compuesto por cuatro ejes: estrés por el autocuidado, carga emocional y preocupación, asuntos interpersonales y relación con los especialistas.

En la práctica clínica es importante aprender a diferenciar depresión clínica y estrés por diabetes pues se trata de factores distintos. Estrés por diabetes, como ya se hacía mención, hace referencia a preocupaciones relativas a la enfermedad y ha demostrado ser una variable más asociada a diabetes que depresión y que en realidad, se presenta más comúnmente que depresión clínica (Fisher, Glasgow, Mullan, Skaff & Polonsky, 2008). Siguiendo la misma línea, Fisher et al. (2007) demostraron en un estudio (n=506) que la gran mayoría de esa muestra no padecía depresión clínica (9.9%) y solamente 22% presentaba sintomatología del trastorno de depresión mayor. A partir de estos resultados los autores sugieren emplear correctamente en la práctica clínica los términos: depresión mayor, sintomatología depresiva y estrés por diabetes, ya que un error común consiste en tratar el estrés relativo a la enfermedad como depresión.

La relevancia del estrés por diabetes aumenta con la investigación, incluso se ha encontrado que este factor está asociado con el control glucémico a través del tiempo, como lo

demonstraron Fisher et al. (2010) en un estudio longitudinal; al contrario de lo que ocurre con depresión o síntomas de depresión en donde no se encontraron resultados similares.

En cuanto a las investigaciones realizadas en México destaca la de Lazcano y Salazar (2006), en donde los resultados muestran que el estrés percibido (término empleado por los autores) presentó correlación negativa con estrategias de afrontamiento y adaptación psicosocial. En términos más sencillos los resultados se traducen en que la persona con diabetes ve disminuidas sus capacidades para enfrentar la enfermedad y tiene problemas en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

Otro estudio relevante realizado en el país es el de Del Castillo et al. (2012), en donde se realizó una intervención cognitivo-conductual en pacientes con diabetes tipo 2 para modificar el también llamado distrés (n=20). Los resultados fueron positivos pues se logró reducir los niveles de distrés en 11 de los pacientes a menos del 20% y en cuatro al 0% según la escala PAID, además de que se encontró significancia entre las mediciones del test antes y después de la intervención.

El estrés también puede ser factor para desarrollar diabetes, aunque la investigación es poca, como mencionan Hernández y Álvarez (2009).

Considerando que estrés es un factor de alta relevancia en la investigación científica, está claro que para el desarrollo de una estrategia psicológica de atención para las personas con diabetes es importante la evaluación de esta variable y una inmediata intervención para evitar los distintos efectos antes mencionados.

1.5.3 Depresión

Siendo la diabetes una enfermedad que repercute en la integridad física y psicológica de quienes la padecen, parece lógico que la prevalencia de la depresión aumenta en las personas con esta enfermedad. Así se ha demostrado empíricamente en los últimos años. Las personas con diabetes son de dos a tres veces más propensas a la depresión que el resto de las personas (Barnard, Lloyd & Holt, 2012).

Cada vez se comprueba más la idea de que diabetes y depresión son trastornos “afines”. En la práctica profesional los casos de depresión se pasan por alto, aunque un estado depresivo conduzca en la mayoría de los casos a un bajo control glucémico, y perjudique también el autocuidado y la calidad de vida. Padecer diabetes y depresión aumenta también el riesgo de morir a una edad temprana (Lloyd, 2008).

Los problemas conceptuales también se dan con este término, pues como mencionan Fisher et al. (2010), en el estudio de la diabetes se ha interpretado a la depresión como: 1) Un diagnóstico (trastorno depresivo mayor) 2) Síntomas depresivos a partir de resultados de escalas como el test de Beck y 3) Distrés por diabetes a partir de resultados de escalas como el PAID. Estos errores metodológicos dificultan la investigación y la atención a la diabetes y deben considerarse por los especialistas.

Sobre las causas que explican el por qué las personas con diabetes son más propensas a la depresión; Holt, De Groot y Hill (2014) comentan que la principal razón es conocer que se tiene diabetes, es decir, ser diagnosticado y a partir de esto, lidiar con la carga mental de vivir con una enfermedad crónica y demandante, así como las complicaciones que puedan presentarse.

En cuanto a los factores de riesgo que pueden hacer entrar en un estado depresivo al paciente con diabetes, estos se refieren principalmente a las complicaciones, que suelen ser: retinopatía, neuropatía y nefropatía. Otros factores son: regímenes muy demandantes, tener

pocas actividades en la vida diaria, nutrición (poca ingesta de omega-3) y percepción de la enfermedad como carga (Lloyd, Roy, Nouwen & Chauhan, 2012). Otros factores de riesgo son: Uso de insulina, continuos episodios hipoglucémicos (Holt et al., 2014). La falta de autoeficacia para seguir el tratamiento y contar con pocos conocimientos acerca de la enfermedad también aumentan las probabilidades de depresión (Fabián, García & Cobo, 2010).

Los efectos negativos de la depresión en la persona con diabetes repercuten principalmente en el autocuidado. Esto significa que si una persona presenta diabetes y depresión difícilmente seguirá un tratamiento (ejercicio, dieta rigurosa, toma de medicamentos). El reporte de Lin et al. (2004), en el que se evaluaron conductas de autocuidado y nivel de depresión (n= 4463) pone de manifiesto que pacientes que padecen depresión mayor (12% en el estudio), se preocupan poco por su enfermedad, tienen una dieta poco saludable, son sedentarios, no toman sus medicamentos y suelen tener hábitos dañinos como el tabaquismo.

La investigación en torno a la relación entre estas dos variables se ha enfocado en conocer si la depresión está asociada a un mal control glucémico. Al respecto Molina, et al., (2013) encontraron que duelo y depresión están asociados a un bajo control glucémico.

La mayoría de las investigaciones que relacionan a estas dos variables se realizan en países desarrollados, por ello es difícil hacer generalizaciones a nivel mundial. Sin embargo, esta situación ha cambiado en países de habla hispana. Como ejemplo, hay trabajos como el de Colunga-Rodríguez, García de Alba, Salazar-Estrada y Ángel-González (2008), realizado en Guadalajara, en el que se destacan algunos datos importantes: la prevalencia de depresión fue de 63%, mayor en mujeres que en hombres (relación de 3 a 1) y el grupo más afectado es de 50 a 59 años. Este último aspecto es de resaltar, ya que va de acuerdo a otras investigaciones realizadas en el extranjero, y también porque la población del DUPAM está conformada en su mayoría por mujeres de la tercera edad.

La prevalencia de depresión en personas con diabetes no cuenta con números oficiales en México, pero en estudios realizados en el país, en varios estados de la república se han encontrado valores desde un 48.27% en Tabasco (Tovilla-Zárate et al. 2012), un 52% en Querétaro (n=50) (Serrano, Zamora, Mirel & Villareal, 2012) hasta un 63% en Guadalajara (Colunga-Rodríguez et al., 2008). El estudio de Tovilla-Zárate et al. destaca debido a que la muestra estaba conformada por 820 personas con diabetes tipo 2. Las metodologías han sido diversas, pero usualmente se valen de un instrumento para determinar síntomas depresivos.

El estudio realizado por Lara, Jacobs, Escamilla y Mendenhall (2014) buscó diferencias entre la prevalencia de depresión en una muestra de mujeres mexicanas con diabetes radicadas en Chicago y otra de mujeres radicadas en Puebla. Siendo la migración la única diferencia entre las muestras, se encontró mayor prevalencia de depresión en las mujeres que viven en Chicago (38%) frente a un 17% de la otra muestra, lo que podría explicarse porque las inmigrantes tienen más dificultades para encontrar atención médica y viven con problemas adicionales como discriminación. Además, los síntomas depresivos que fueron significativos fueron cansancio, problemas de sueño y sentirse triste, mientras que la variable miedo fue significativa solo en la muestra tomada de México, lo que podría deberse a la inseguridad del país.

Otra investigación relevante es la de Román-Álvarez et al. (2011), en donde se evaluó en una muestra de 100 personas con diabetes la prevalencia de depresión. Además de que se comprobó que las mujeres son quienes más presentan éste trastorno mental (47.3% por 40.9 en hombres), se encontró que los hombres presentan mayor ansiedad (54.5% por 50.9 en mujeres) y que los síntomas frecuentemente encontrados en ansiedad fueron: el sentirse inquieto, inseguro, desconfiado, cansado e incómodo. En lo referente a otros países latinoamericanos, en Venezuela: Pineda, Bermúdez y Cano, (2004) confirmaron que las mujeres con diabetes son más propensas a sufrir depresión que los hombres, y que suelen tener alteraciones en el estado de ánimo, pensamientos pesimistas, expectativas negativas sobre el futuro, preocupaciones

somáticas, pensamientos de autocastigo e ideas suicidas (de acuerdo a los enunciados del test de Beck).

El trabajo de Fabian et al. (2010) muestra que la sintomatología depresiva está más presente en mujeres con diabetes, en pacientes que presentan complicaciones (dolor neuropático crónico y enfermedad ocular crónica), y en aquellas personas que recurren a métodos naturistas para tratar su enfermedad.

Personas con depresión tienen un 37% más de riesgo de tener diabetes, además de que es un factor de riesgo tan importante como el tabaquismo o la poca actividad física. Aunque no se cuenta con una teoría sólida, la hipótesis principal sugiere que la depresión ocasiona la elevada actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, esto incrementa la producción de cortisol y catecolaminas (a causa de estrés, problemas de sueño), si el proceso se mantiene por mucho tiempo, se incrementará la producción de glucosa y se reducirá la secreción de insulina de las células beta (Knol et al., 2006).

La depresión se ha convertido en una de las comorbilidades más comunes de la diabetes, por ello es necesario que en cualquier intervención se manejen correctamente los términos y se evalúe continuamente el estado anímico.

1.5.4 Ansiedad

El miedo es una emoción básica que alerta al cuerpo sobre situaciones que pueden ser peligrosas. El término ansiedad para Clark y Beck (2012) es una respuesta emocional subjetiva que surge del miedo y que funciona como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológico, afectivo y cognitivo ante eventos incontrolables que pueden afectar la integridad de una persona. Las demandas de la diabetes, el padecer otras comorbilidades (hipertensión, enfermedades renales), la baja escolaridad y el ser mujer son factores que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad (Thomas, Jones, Scarinci & Brantley, 2003).

Smith et al. (2012) explican en su metaanálisis que los trastornos de ansiedad se presentan con más frecuencia en personas con diabetes. A pesar de los problemas metodológicos que se presentaron, como el hecho de que la ansiedad es evaluada de distintas maneras en los diferentes estudios, los autores encontraron una correlación positiva entre diabetes y ansiedad. Las causas de porqué se presenta esta correlación no son conocidas aun, pero se especula que tienen que ver las complicaciones de la diabetes, pocas habilidades en el automanejo y hábitos poco saludables Smith et al. (2012).

En México, el estudio de Fabián et al. (2010) demostró que síntomas de depresión y ansiedad se presentaron en un 24.7% y 8% respectivamente en una muestra de 183 personas con diabetes que no cuentan con seguro social.. La sintomatología de ansiedad fue más común en mujeres, en personas que tratan su padecimiento con métodos alternativos como la acupuntura y en personas que presentaban otras comorbilidades.

1.6 Variables contextuales y calidad de vida

1.6.1 Apoyo social.

Apoyo social son recursos reales o percibidos suministrados por la comunidad, las redes sociales o contactos cercanos (Lin, Dean & Ensel, 1986). El término es multidimensional y hace referencia a una concepción objetiva en donde una persona puede ser apoyada con dinero y una concepción subjetiva en donde se puede apoyar con elogios, comprensión o empatía.

En el caso de la diabetes, en una situación ideal, el recién diagnosticado acudirá desde un inicio a su red social primaria (regularmente la familia) a desahogar su dolor y encontrar apoyo. Con el paso del tiempo su familia se irá dando cuenta de que es necesario que todos hagan cambios para ayudarlo e irán asimilando el proceso. Después, los integrantes se darán cuenta de que el apoyo es más que palabras y sabrán que pueden ayudar en el cuidado personal o

cambiando su régimen alimenticio. En términos generales así es como funciona el apoyo social en la vida del paciente con diabetes.

- El concepto en relación a la salud

El término de apoyo social se ha relacionado en diversas investigaciones con el continuo salud-enfermedad. Aunque no se conoce exactamente como favorece o afecta a la salud, hay dos teorías que buscan explicar el proceso (Castro, 1997):

- Teoría del efecto directo: Propone que el apoyo social tiene un efecto limitado, pero suficientemente efectivo para favorecer la salud de alguien.
- Teoría del efecto amortiguador: Entiende apoyo social como variable mediadora que puede ayudar o afectar en la recuperación de un enfermo. Explica el fenómeno tomando en cuenta la cognición del afectado, y concediéndole relevancia a los cambios en la percepción sobre la enfermedad (redefinición de la enfermedad, minimización de las consecuencias, afrontarla como un reto).

En el caso específico de las enfermedades crónicas, el apoyo que brinda el grupo primario (usualmente la familia) suele ser regularmente instrumental, y es más notorio en el cuidado y supervisión del afectado (Ponce, Velázquez, Márquez, López & Bellido, 2009).

Dado que la diabetes es una enfermedad compleja que implica el seguimiento de una rutina en la que hay que incluir toma de medicamentos, ejercicio, una alimentación adecuada, entre otros aspectos, es más creíble considerar al apoyo social como una variable mediadora que amortigua los efectos negativos inherentes de la enfermedad (restricciones, estrés, mayor autocuidado etc.). Así lo sugiere también el estudio DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs), que encuestó a más de 5000 personas de trece países del mundo (Snoek, 2002).

Las enfermedades crónicas y la familia están relacionadas en esencia por dos motivos: la familia puede influir de forma negativa o positiva en el transcurso de la enfermedad. La segunda razón es la familia como recurso, es decir, funge de cuidador primario y provee del máximo apoyo emocional, afectivo e instrumental (Ponce et al., 2009).

El proceso exacto por el cual el apoyo social interviene en la enfermedad crónica no ha sido bien sustentado, pero hay ciertos aspectos a considerar: el primero de ellos es que el apoyo instrumental (a través de recursos económicos, alimentarios) aumenta adherencia al tratamiento, además, ciertas características en la familia como cohesión y cercanía o tan solo vivir con otras personas también están asociadas con una mejor adherencia (Miller & DiMatteo, 2013).

1.6.2 Control percibido y creencias.

En las enfermedades crónicas es de especial relevancia hacer al paciente el principal responsable de su salud, sobre todo tomando en cuenta que la prevalencia de enfermedades de este tipo aumenta y con ello la demanda de servicios médicos y costos a nivel mundial. A nivel mundial, significaría un gran avance que las personas se consideraran totalmente responsables de su salud y que de esta forma procuraran más sus hábitos.

El concepto locus de control hace referencia a las creencias que las personas se hacen sobre si es su conducta o un factor externo fuera de su control, lo que determina, qué les ocurre. El concepto ha sido estudiado, relacionándolo sobre todo con la salud y se le ha asociado con el apoyo social, y se considera que ambas variables funcionan como mediadoras (amortiguan) los efectos de la enfermedad (Buendía, 2001). Por esta razón debe ser una prioridad considerar éste aspecto en la práctica clínica.

En el caso particular de la diabetes, el locus de control se ha establecido como una variable que ayuda a predecir los estilos de afrontamiento y con ello predecir o inferir el autocuidado del paciente, pues se ha encontrado asociación entre un locus de control interno (cuando las

personas consideran que sus acciones son más determinantes que las circunstancias externas) y conductas de cuidado y de control (Azzollini & Bail, 2010). En resumen, la persona que interpreta que es responsable de su salud y en términos generales, de su vida, ve a la enfermedad como un desafío o una oportunidad, se replantea las cogniciones fatalistas que tenía en un inicio (el duelo por la enfermedad) y elabora estrategias de afrontamiento.

En el trabajo de Silva, Sartore y Alves (2011) se relacionaron las variables locus de control, autoestima, algunos datos sociodemográficos, clínicos, y factores de riesgo. Se encontró significancia entre ejercicio (cuando las personas practican alguna actividad) y locus de control interno, además se encontró una relación negativa entre locus de control externo y hemoglobina glucosilada. Esto significa que mientras mayor sea el valor de la hemoglobina glucosilada, menor será el de locus externo. En esta investigación se refuerza la idea de que el locus de control interno favorece la percepción del paciente sobre sus capacidades para enfrentar la enfermedad y actuar en consecuencia, con estilos de afrontamiento adecuados (seguir el tratamiento y conseguir control glucémico).

Los pacientes con locus de control interno, al ser más conscientes de que su conducta es altamente determinante en su estado de salud suelen tener mejor control metabólico y niveles óptimos en hemoglobina glucosilada (Surgenor et al., En Theofilou y Saborit, 2012). Esto ocasiona una mejora en la calidad de vida de la persona y así es posible apreciar una relación multivariable.

Como se ha escrito en los párrafos anteriores, es notorio que aquellos pacientes con diabetes que consideran que su estado de salud está determinado principalmente por sus acciones, son los que mejor control tienen de su enfermedad. Sin embargo, las ideas son las que anteceden al autocuidado y la función de las cogniciones se ha explicado de distintas maneras. La teoría de Leventhal explica de qué manera actúan las variables emoción y pensamiento en

las evaluaciones que se hacen las personas sobre la enfermedad. El modelo se explica en una serie de fases, explicadas por Vinaccia y Quiceno (2011):

Etapas de procesamiento:

1. Definición o representación de la enfermedad.
2. Planificación, selección y ejecución de respuestas (con el objetivo de hacerle frente a la enfermedad mediante estrategias de afrontamiento).
3. Evaluación: Se determina la eficacia de las estrategias y provoca la retroalimentación en las otras dos etapas.

Cabe aclarar que hay un proceso paralelo en el que hay reacciones emocionales causadas por la enfermedad. Ante esto, el enfermo se plantea estrategias de afrontamiento para lidiar ante tales reacciones (Vinaccia & Quiceno, 2011).

A manera de ejemplo, en el caso de la diabetes, cuando una persona es recientemente diagnosticada, se empezará a hacer ideas sobre lo que ha escuchado sobre la enfermedad (fase 1) y si reacciona favorablemente (locus de control interno, motivación intrínseca para buscar control glucémico), buscará desde un inicio hacer cambios en su alimentación, empezar a hacer ejercicio y seguir el tratamiento farmacológico (fase 2). Al darse cuenta de que sus esfuerzos valen la pena y tienen un efecto positivo en su salud y bienestar, es altamente probable que siga con el tratamiento y se habitúe después de un tiempo (fase 3). Aunque es cierto que el ejemplo maneja una situación ideal, también muestra la efectividad que tendría para el paciente hacerse desde un inicio ideas menos fatalistas sobre la enfermedad y trabajar en replantearse los mitos en torno a la diabetes para enfocarse de lleno en su tratamiento.

1.6.3 Calidad de vida.

Otra variable asociada a la diabetes mellitus es la calidad de vida. El concepto varía de acuerdo a cada aproximación teórica. Destaca la aportación de Ardila (2003) en donde el autor señala que calidad de vida ha comenzado a estudiarse a partir de los avances de la industrialización, cuando se le ha dado más atención a conceptos como el desarrollo humano.

Para Ardila:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Ardila, 2003, p. 163)

Calidad de vida, como variable psicológica, ha adquirido mayor relevancia a medida que los esfuerzos en ciencias de la salud se enfocan en otros aspectos más allá de la enfermedad. Conocer la calidad de vida de las personas con padecimientos crónicos se vuelve fundamental para conocer la eficacia de los tratamientos. Sin embargo, surgen problemas cuando se intenta evaluar el concepto, pues es altamente subjetivo. Al respecto, Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) recomiendan que en la construcción de los instrumentos que evalúen calidad de vida (específicos para ciertas enfermedades o estados, como diabetes o SIDA) se consideren aspectos como autocuidado, actividad física, comunicación, interacción social, descanso, actividades recreativas y repercusiones emocionales.

La calidad de vida se puede ver afectada fácilmente por situaciones como la enfermedad. En el caso de la diabetes mellitus, al tratarse de una enfermedad crónica, significa un cambio en el estilo de vida para el enfermo, que tendrá que seguir un tratamiento que involucra gastos económicos, restricciones y posiblemente otros factores que le produzcan ansiedad (medicamentos, inyecciones de insulina, rutinas de ejercicio, complicaciones). Así, dentro del campo de la psicología de la salud, se suele usar el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para conocer las consecuencias de las enfermedades.

Se ha comprobado que la calidad de vida de la persona con diabetes disminuye en algunas circunstancias, como en el estudio de Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain y Díez (2007), usando un instrumento genérico que evalúa el concepto, se logró comprobar que la percepción de los pacientes con diabetes mellitus 2 sobre su calidad de vida es inferior que en un grupo control (de personas sin esta condición), especialmente en la categoría de función social, salud general, función física y rol emocional. Se empleó una comparación de las medias de los resultados de ambos grupos.

En nuestro país se han encontrado resultados similares, prueba de ello es la investigación hecha por De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2004), en donde además de confirmarse que la diabetes disminuye la calidad de vida, se comprobó que afecta principalmente a personas de nivel educativo bajo, mayores de 50 años y con un tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años. Las categorías en donde se encontró significancia fueron función sexual y área psicosocial. Se puede inferir a partir de los resultados que un diagnóstico oportuno puede aminorar el malestar psicológico del paciente y evitar complicaciones, pues se ha encontrado que estas, así como obesidad, deficiente control glucémico y el tratamiento con insulina disminuyen también la calidad de vida (Mata, Roset, Badia, Antoñanzas y Ragel, 2003).

1.7 Aspectos psicosociales y culturales de la Diabetes Mellitus

Actualmente, los conocimientos que se tienen sobre la diabetes mellitus permiten decir con total certeza que el control glucémico es el objetivo principal para evitar o retrasar las complicaciones. A simple vista no parece una meta complicada. Sin embargo, en el país las estadísticas siguen mostrando un aumento en el número de personas que presenta el padecimiento, las complicaciones siguen afectando la calidad de vida de millones de personas y se siguen produciendo millones de muertes al año.

El tratamiento tradicional de la diabetes normalmente ignora aspectos sociales y culturales como los hábitos de alimentación y estilos de crianza. Por esta razón se cree que si una persona no consigue la meta del control glucémico es por su desobediencia. Como menciona Cardoso (2000), las personas que padecen diabetes han adquirido hábitos y costumbres desde los primeros años de vida que son difíciles de cambiar.

De acuerdo a Cardoso (2001), el continuo salud-enfermedad puede entenderse dentro de un sistema en el que intervienen un amplio número de variables. Si se busca entender un fenómeno, es necesario entenderlo dentro de un contexto y saber las múltiples relaciones que tiene con otros factores, por lo cual la diabetes no puede considerarse como una variable aislada.

1.7.1 El papel de la alimentación y aculturación

Otra de las razones por la cual ha aumentado la prevalencia de diabetes en el país, es la alimentación. Reynoso-Camacho, González-Jasso y Salgado (2007) mencionan que la población de bajos recursos es la que más ha resentido el impacto del padecimiento pues la mayoría de las veces consumen alimentos baratos, pero con un elevado valor energético, lo que sumado a otros factores como la predisposición genética y la poca actividad física han terminado por perjudicar a gran parte de la población mexicana. Además, los autores resaltan que algunos

alimentos comunes en la dieta mexicana como algunas variedades de frijol, nopal y maíz, contrario a lo que se cree, pueden tener efectos hipoglucémicos.

Los cambios en la alimentación en el país se traducen en una disminución en el consumo de cereales y leguminosas, y un aumento en el número de calorías por día, azúcares, alimentos de origen animal y grasas (Moreno-Altamirano et al., 2015). Los cambios en la dieta están asociados a cambios económicos en el país (apertura comercial, el aumento de la desigualdad y la pobreza, el crecimiento del trabajo informal y un rezago en el salario mínimo) debido a que en años recientes el precio de alimentos más saludables ha aumentado respecto al de productos altos en azúcares y grasas, y en general, menor regulación de los alimentos (Moreno-Altamirano et al., 2015).

Es difícil determinar hasta qué punto la alimentación es responsable del aumento en la obesidad y diabetes en el mundo. La investigación no ha sido concluyente. Por ejemplo, en una población de latinoamericanos residentes en Estados Unidos, Pérez-Escamilla y Putnik (2007) partían de la premisa de que la aculturación, es decir, el que los migrantes adoptaran el estilo de vida occidental moderno que incluye una alimentación alta en calorías y sedentarismo, sería un factor que explicaría la incidencia de diabetes en el país. Los resultados no son concluyentes pues la aculturación explica solo en parte el aumento en el hábito tabáquico, ingesta de alcohol, sobrepeso y obesidad. El problema se da con el concepto de aculturación, pues no todos los autores lo interpretan igual, las escalas son pocas y mantienen los problemas conceptuales (Pérez-Escamilla & Putnik, 2007). Pese a los problemas conceptuales, es indudable que desde que los hábitos de las sociedades se han modificado, la diabetes ha aumentado incluso en países donde no era un problema común. Tal es el caso de poblaciones como las de Samoa Americana, Hawái y Micronesia, pues los habitantes de estos lugares han experimentado un rápido cambio cultural, han pasado a ser sedentarios y cambiar su alimentación, lo que explica el aumento de sobrepeso, obesidad y diabetes (Freimer, Echenberg y Kretchmer, 1983). Destaca el caso de

Micronesia, pues es de los países con más habitantes con diabetes de acuerdo a su número de habitantes. Particularidades como esta confirman que hay factores genéticos que predisponen más a ciertas poblaciones (Freimer et al. 1983).

La alimentación, además, suele ser una de las mayores preocupaciones para las personas que viven con diabetes, pues comer tiene un significado social también y al tratarse de personas que han tenido hábitos de pocas restricciones, es normal que se presente resistencia al querer cambiar de hábitos. Las dificultades radican principalmente en que la persona con diabetes siente que tiene que privarse de alimentos que le gustan, pero que debe consumir con moderación, mientras el resto de su familia puede consumir ciertos productos sin ningún problema (Siqueira, Dos Santos, Zanetti y Ferronato, 2007). Este tipo de diferencias provocan que la persona con diabetes se sienta diferente a los demás (Siqueira et al. 2007)

1.7.2 Género

La diabetes ha sido ampliamente estudiada desde varias disciplinas. Sin embargo, hay factores que han sido estudiados en menor medida y uno de ellos se refiere al género. Más que a la condición genética que diferencia a hombres de mujeres, o que una preferencia sexual, el género hace referencia a un rol social y con ello a una serie de normas implícitas (cómo debe de comportarse un hombre durante la adolescencia, por ejemplo).

En el caso de las enfermedades, y partiendo desde la psicología del mexicano, la mujer está mayormente expuesta a ciertas patologías y a sus efectos como en el caso de la depresión o diabetes, (así como el hombre queda expuesto también a ciertos padecimientos, al trabajar en oficios que a largo plazo le provocan enfermedades) tan solo por las tareas que se le asignan a cada rol. En el caso de la mujer, al estar abnegada y resignada a cuidar de su familia (Díaz-Guerrero, 1984), llega a descuidarse a sí misma y se pone en riesgo. Al enfrentar una enfermedad como la diabetes, la mujer se encuentra en una situación de desventaja social

respecto al hombre por las siguientes razones (Salcedo-Rocha, García, Frayre-Tores y López-Coutino 2008):

- Menos oportunidades de desarrollo: menor escolaridad en la mayoría de los casos, salarios más bajos.
- Deterioro físico, psicológico y social: riesgo físico (obesidad, hipercolesterolemia, mayor masa muscular en la mayoría de los casos), mayor tendencia a la depresión, menos oportunidades de recreación en mujeres de la tercera edad, desempeñar múltiples roles.
- Ausencia de prácticas de autocuidado: menos frecuencia de mujeres que siguen un régimen de alimentación o ejercicio físico.
- Atención: se limita a consultas médicas esporádicas
- Falta de solidaridad: en la mayoría de los casos no cuentan totalmente con la familia, y si está presente no hay cooperación en las prácticas de autocuidado.

Aunque todos estos factores de riesgo hacen a la mujer más propensa a caer en un estado depresivo, curiosamente hay efectos más drásticos en hombres, pues su esperanza de vida se reduce en promedio tres años (en comparación de la esperanza de vida en mujeres con diabetes) especialmente en pacientes jóvenes. Para Nazar-Beutelspacher y Saltvatierra-Izaba (2010), la mejor explicación posible ante esta situación puede darse desde los roles sociales, pues para el hombre, el recibir el diagnóstico de diabetes provoca una impresión tan grande que le dificulta encontrar recursos de afrontamiento. Esto ocasiona que se sienta tan mal que abandona el tratamiento y se entrega a la enfermedad por completo, hasta que las complicaciones aparecen y empeoran la situación. Pero ¿qué hace en realidad que el hombre se decepcione tanto?, se cree que en el hombre históricamente están depositadas muchas expectativas (Díaz-Guerrero, 1984), como trabajar para mantener un hogar o cuidar de su familia. Si tales expectativas no se cumplen, o no se pueden cumplir a causa de una enfermedad, el impacto es tan grande que lastima la autoestima de la persona, y con ello, sus esperanzas de seguir viviendo.

En otras culturas las cosas son distintas, como prueba, Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriolad y Larrañaga (2011), en España, a partir de un metaanálisis compuesto por 22 estudios, concluyen que la diabetes tiene peores efectos en mujeres. Las probabilidades aumentan si el nivel socioeconómico es bajo. Además, factores como obesidad o sedentarismo son más visibles en mujeres y se cree que la explicación a todo esto está en factores psicosociales, por lo que sugieren más investigación al respecto para confirmar las hipótesis.

1.8 La diabetes como padecimiento

Salud y enfermedad son términos complejos que no cuentan con una definición universal. Sin embargo, es indudable que ver la enfermedad únicamente como el resultado de alteraciones biológicas, limita el actuar de los especialistas de la salud, pues no se contemplan factores como significados y conceptos sociales que también determinan el proceso de enfermarse y el efecto de los tratamientos.

A lo largo de la historia, la enfermedad se ha explicado de muchas maneras, pero regularmente se ha considerado que está determinada por una sola causa: desde un castigo divino hasta agentes patógenos (Moreno-Altamirano, 2007). Desde otras perspectivas como la sociología o la antropología, se ha propuesto que la salud y la enfermedad tienen que entenderse en varias dimensiones, considerando también lo social, cultural e individual (Moreno-Altamirano, 2007).

En la antropología médica norteamericana la enfermedad se ha reconocido de manera más compleja, como mencionan Campos-Navarro, Torres y Arganis-Juárez (2002) que describen las tres dimensiones históricas del concepto: 1) Disease: Hace referencia a la enfermedad como tal, a la anormalidad de uno o más órganos. 2) Illness: Es un concepto utilizado para describir percepciones y experiencias de estigmas sociales (entre ellos la enfermedad). 3) Sickness: Para los autores, el concepto hace referencia la suma de enfermedad y padecimiento. Para Amezcua

(2000) Sickness es un término simbólico-social que implica ideologías en torno a la enfermedad que llegan a generar estigmas, marginación o rechazo.

Desde la perspectiva sociocultural mencionada, los paradigmas acerca de la enfermedad varían entre el médico y el enfermo (Campos-Navarro et al., 2002). En otros términos, las ideas sobre la enfermedad y el tratamiento son interpretados de manera distinta y puede generarse concordancia o conflicto entre ambas partes.

Como explican Cardoso et al. (2014), en años recientes se ha presentado un cambio radical en la conceptualización de la enfermedad, al que los autores llaman transición epidemiológica, en donde las enfermedades agudas han dejado de ser la preocupación principal en el área de la salud, siendo sustituidas por los graves efectos de las enfermedades crónicas, que como se ha mencionado, han sido causa de muchas defunciones a nivel mundial. El tratamiento que usualmente se sigue para enfermedades crónicas como la diabetes, es en esencia el mismo que para las enfermedades agudas, y ello es consecuencia de que no hay un modelo médico que considere los cambios sociales recientes.

Como se mencionaba anteriormente, el significado de la enfermedad es distinto entre el médico y el enfermo, y esto puede tener repercusiones. En el caso de la diabetes, Cardoso et al. (2014) considera que el modelo médico tradicional en donde el paciente está obligado a seguir las indicaciones de alguien con mayor jerarquía social, ha fracasado en darle solución a la epidemia actual, pues el problema aumenta y se prevé que siga siendo una de las principales causas de muerte en los próximos años. Ante esta situación, los autores proponen un cambio conceptual en donde el término paciente se use en personas con enfermedades agudas, siguiendo el enfoque biomédico tradicional en donde el médico se vale de su conocimiento para tomar decisiones por el enfermo, mientras que en enfermos crónicos se emplee el término padeciente, que hace referencia a cómo la persona sufre, soporta e idealiza todo lo que implica

estar enfermo. El cambio conceptual propuesto por Cardoso et al. pretende que el manejo de las enfermedades crónicas sea distinto al de las enfermedades agudas, partiendo de la idea de que, al considerar las percepciones y fenomenología sobre los padecimientos, se podrá entenderlos mejor y así se mejorará en la eficacia de los tratamientos.

A propósito de la importancia que se le da a los aspectos subjetivos y sociales de la enfermedad crónica y más precisamente de la diabetes, trabajos como el de Mercado (1996) resaltan la importancia de entender la perspectiva del enfermo, así como el contexto social en donde se ubica. Su trabajo se llevó a cabo en un barrio urbano de Guadalajara y entre sus aportaciones, destacan los siguientes aspectos:

- La enfermedad es interpretada por las personas con diabetes como producto de problemas emocionales a lo largo de sus vidas, como: sustos, corajes, preocupaciones o penas.
- Los participantes formaron sus propias categorías de diabetes, llamándolas “la más grave” en donde las complicaciones han aparecido y afectan aún más a la persona, y por otro lado la diabetes “no tan grave”, en la que las personas no están tan afectadas por complicaciones, o tienen episodios esporádicos de malestar.
- La visión a futuro se mostró pesimista sobre todo en las personas que presentan complicaciones, edad avanzada o han visto sufrir a otros familiares o conocidos por la enfermedad. Se presentan pensamientos optimistas en las personas más jóvenes y que no han presentado complicaciones. Pese a esto, es común la preocupación por padecer otros problemas de salud.
- En cuanto al tratamiento, los pacientes regularmente combinan las indicaciones de los médicos con herbolaria y consejos de otras personas. Aceptan los medicamentos como los hipoglucémicos, pero se resisten mucho al uso de la insulina, pues piensan que usarla tiene consecuencias graves. Los participantes del estudio comentan que no pueden

seguir todas las indicaciones porque hay circunstancias especiales que lo impiden. Por ejemplo, usualmente los médicos recomiendan reducir el consumo de carbohidratos, pero para estas personas es difícil cambiar la alimentación pues sus ingresos únicamente les permiten alimentarse con productos como maíz, frijol o trigo.

La investigación dedicada a conocer la subjetividad de la persona que vive con diabetes permite entender porque los tratamientos actuales no son del todo eficaces, sobre todo en el país, donde la mayoría de personas con diabetes no están controladas.

1.9 Un nuevo paradigma en la atención: el empoderamiento

El tratamiento predominante para la diabetes parte de un enfoque biomédico en donde se cree que el paciente tiene que cumplir todas las indicaciones y recomendaciones que le dé su médico. Si no se cumple tal condición se podría pensar que el paciente es un desobediente, que no se adhiere al tratamiento, o que no quiere colaborar para mejorar su condición. Por otro lado, puede pensarse que el médico es muy estricto, que no ha logrado ganarse la confianza de la persona o que es incompetente. Las cosas no son precisamente así, como se ha explicado anteriormente, la diabetes es un padecimiento complejo que afecta la vida de las personas en muchas áreas y que puede producir preocupación, ansiedad o estrés. Las personas con diabetes pueden llegar a sentirse abrumadas por la presión de adquirir nuevos hábitos, puede que no tengan suficiente apoyo y comprensión de su red social o quizás no se sientan suficientemente motivadas para afrontar a la enfermedad crónica. Las razones pueden ser muchas y por ello, los enfoques de atención en años recientes buscan alejarse del modelo tradicional en donde se atiende un padecimiento crónico como una enfermedad aguda.

Anderson y Funnell (2010) plantean un enfoque o filosofía distinta en la atención al diabético, que está basada en el concepto de empoderamiento, popularizado por Paulo Freire.

El concepto manejado por los autores es llamado “Patient Empowerment” (empoderamiento del paciente).

El propósito principal del empoderamiento es el de brindarle herramientas a la persona para incrementar su libertad y autonomía, más que su adherencia a un tratamiento (Anderson & Funnell, 2010). Los autores no creen que se trate de una técnica o método, más bien, se trata de un cambio conceptual en la atención.

Funnell y Anderson (2004) mencionan que uno de los inconvenientes de la atención tradicional es la jerarquía de un especialista, pues se cree que el diabético tiene que obedecer todo lo que le dicen y el médico/especialista a cargo queda como responsable total de la salud de su paciente. Bajo tal concepción no se considera la motivación, nivel socioeconómico, cultura o ideas del paciente. Para los autores, uno de los ejes del empoderamiento es la relación simétrica, en donde el diabético es el responsable de su padecimiento. Esto libera también a los especialistas de la presión que pudieran llegar a sentir.

Para Meetoo y Gopaul (2004), los enfermos, al ser quienes viven y tratan con la diabetes, tienen el derecho de tomar las decisiones con respecto a la condición con la que viven. No se trata de empoderar a las personas, sino de crear un clima apropiado en donde la persona busque su empoderamiento y también ayudar en la toma de decisiones.

La educación en diabetes desde la visión del empoderamiento debe estar enfocada en apoyar al enfermo en la toma de decisiones y tener claridad sobre metas, valores y motivaciones. La información hacia la persona con diabetes debe comprender las opciones del tratamiento, cambio de hábitos o resolución de problemas y debe entender el contexto y necesidades de la persona (Funnell y Anderson, 2004).

En Estados Unidos, el enfoque principal de atención en diabetes recibe el nombre de Educación en el Automanejo de la Diabetes (DSME, por sus siglas en inglés). Este enfoque busca educar y desarrollar habilidades para lograr el control glucémico, pero no está diseñado para el “mundo real”, según indican Funnell, Tang y Anderson (2007) y las complejas circunstancias de la enfermedad crónica. Como respuesta, el enfoque del apoyo en el automanejo de la diabetes (DSMS, por sus siglas en inglés) parte de la filosofía del empoderamiento y busca una atención centrada en la persona.

En aspectos generales, en el apoyo en el automanejo de la diabetes (DSMS) se busca motivar a la persona hacia su autodeterminación, primero conociendo su contexto y actitudes, para después ayudar a hacer significativos sus esfuerzos en el autocuidado. Por ello Funnell, Tang y Anderson (2007) consideran que no se trata de considerar éxitos o fracasos en su modelo de atención, sino de apoyar y motivar a la persona.

2. DUPAM: Diabetes un programa de atención multidisciplinaria

2.1 Historia y logros del DUPAM

Desde su creación, en la FES Zaragoza se buscó implementar de inmediato un modelo multidisciplinario que atendiera la salud de la población de la zona oriente. A partir de esto surgieron las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS), ubicadas principalmente en los municipios de Nezahualcóyotl y Los Reyes la Paz.

Así, bajo un enfoque multidisciplinario, y en donde se pudieran aprovechar y reforzar los conocimientos de las distintas áreas de la salud, surgió el DUPAM (Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria) en la CUAS Tamaulipas.

Bajo este enfoque multidisciplinario, se han logrado grandes progresos ante la diabetes, un padecimiento crónico que genera todos los años pérdidas para el país. Al brindarle atención a más de 200 personas desde su creación en 1994, el DUPAM ha ayudado a personas con diabetes a mantener el control de su enfermedad y asimilar un nuevo estilo de vida.

Se han atendido a más de 200 personas con diabetes desde su creación en 1994, además se calcula que alrededor de 150 pasantes han hecho su servicio allí. Se calcula que alrededor de 1000 personas han resultado beneficiadas indirectamente. Incluso el programa ha ganado varios premios Gustavo Baz al mejor servicio social.

2.2 Padecientes

El número de padecientes durante la evaluación del periodo enero 2015 - febrero 2016 en el grupo DUPAM fue de 21. La mayoría de los asistentes son de la tercera edad, lo confirma el hecho de que más de la mitad de los asistentes se encuentra entre los 60 y 74 años, como se observa en la tabla 1. En la distribución por edad, el grupo que predominan es el de 70 a 74 años con 28.57%, seguido del grupo de 65 a 69 años con 23.8%.

Tabla 1.
Distribución de los padecientes por edad (grupo etario)

Grupo de edad	Padecientes	Porcentaje
40 - 44	1	4.76%
45 - 49	1	4.76%
50 - 54	0	0.00%
55 - 59	2	9.52%
60 - 64	3	14.28%
65 - 69	5	23.80%
70 - 74	6	28.57%
75 - 79	2	9.52%
80 - 84	1	4.76%
Total	21	100.00%

La distribución de la población por sexo está marcadamente dominada por el sexo femenino pues solo hay dos varones que asistieron al grupo en el periodo enero 2015 - febrero 2016 que representan el 9.52 % del total, como se observa en la figura 4.

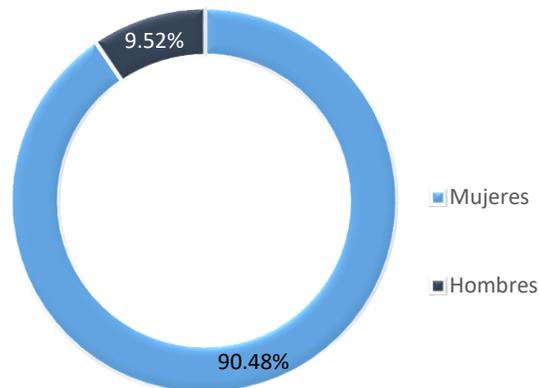


Figura 4: Porcentaje de pacientes por sexo en DUPAM

Dentro de la población inscrita al programa DUPAM, la mayoría padece diabetes mellitus tipo 2, pues son doce las personas diagnosticadas, el resto (nueve) no cuentan con criterios diagnósticos de este padecimiento. En la figura 5 se observan los porcentajes.

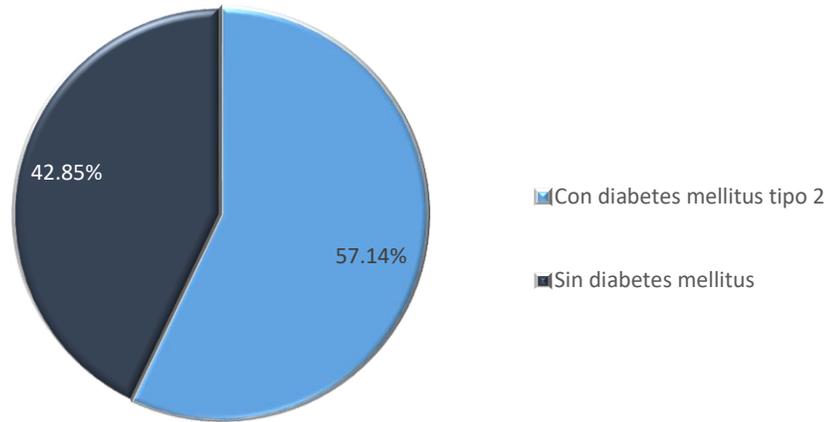


Figura 5. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el DUPAM

En la tabla 2 se aprecia que más de la mitad de la población con diabetes mellitus tipo 2 de DUPAM se encuentra entre los 65 y 74 años.

Tabla 2
Distribución por edad de personas con diabetes en el DUPAM

Grupo de edad	Número de personas	Porcentaje
40 - 44	1	8.33%
45 - 49	1	8.33%
50 - 54	0	0.00%
55 - 59	2	16.67%
60 - 64	0	0.00%
65 - 69	3	25.00%
70 - 74	4	33.33%
75 - 79	1	8.33%
80 - 84	0	0.00%
Total	12	100.00%

2.3 Contexto social

El Programa DUPAM opera en el municipio de Nezahualcóyotl, en el Estado de México. Este municipio colinda al norte con el municipio de Ecatepec, al sur con las delegaciones Iztacalco, Iztapalapa y el municipio de La Paz, al este con los municipios de Texcoco y Chimalhuacán y al oeste con la delegación Venustiano Carranza, posee una superficie de 63.44 km².

En cuanto a otras características geográficas relevantes, el municipio de Nezahualcóyotl tiene una superficie plana, sin accidentes geográficos. Su clima es templado y no cuenta con recursos naturales, flora o fauna característica, debido a que en su mayoría se trata de un asentamiento urbano que ha estado en un constante crecimiento y evolución en los últimos años.

Municipios como Nezahualcóyotl representan muy bien a las pequeñas ciudades de la zona metropolitana que actualmente se encuentran en la transición de la vida rural a la urbana y son una alternativa para las personas de bajos recursos que buscan asentarse en el centro del país en las unidades habitacionales (Moreno-Sánchez, 2012).

Nezahualcóyotl forma parte de la zona oriente del Estado de México, esta zona del país se identifica por pertenecer en términos administrativos al Estado de México, pero al mismo tiempo estar vinculada social y económicamente con la Ciudad de México. La zona representa la migración de poblaciones rurales hacia la zona metropolitana, que está en un constante crecimiento económico y poblacional, pero sigue estando rezagada al presentar problemas como pobreza, desigualdad y carencias en los servicios educativos y de salud (Moreno-Sánchez, 2012).

2.4 Pautas de trabajo generales

2.4.1 Toma de signos vitales.

La primera actividad que se realiza con los asistentes al DUPAM es una evaluación física que incluye toma de presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y estado general del paciente. La toma de signos se lleva a cabo también después de la realización de los ejercicios.

2.4.2 Ejercicio físico.

La actividad física es uno de los pilares para el tratamiento de la diabetes. Con el grupo de pacientes se planeó un programa de activación física, que se llevó a cabo de lunes a viernes en el patio de la clínica, después de la toma de signos vitales.

Se diseñaron rutinas distintas para cada día con duración de 45-60 minutos y un descanso de 5 minutos con hidratación a la mitad de la sesión. La lista de rutinas físicas usadas en el DUPAM durante 2015 fueron las siguientes:

- Lunes: Ejercicios de piso y rodilla

En el piso, sobre tapetes, sin calzado, se realiza de pie el calentamiento con rotaciones de las articulaciones seguidas de flexiones y extensiones de los miembros.

Los ejercicios tienen como objetivo mejorar la movilidad de las articulaciones de las piernas. Con el apoyo de una almohada debajo de la articulación de la rodilla se realizan extensiones y flexiones de esta articulación en ambas extremidades. Se traslada la almohada a la articulación del tobillo y se realizan los mismos movimientos.

- Martes: Ejercicio de banco y pesas

Con bancos de una superficie de 30x30 cm y una altura de 15 cm, se realizan distintos ejercicios que fortalecen la movilidad, balance, y fortaleza de las articulaciones.

- Miércoles: Trote y Tai-Chi

En fila, a una distancia entre cada paciente de 1 metro se inicia caminando con movimiento de las articulaciones. Se indica aumento de la velocidad del paso sin llegar al trote y se mantiene durante 120 segundos seguida de inhalaciones y exhalaciones continuas. Se realiza trote con la misma formación durante 60 segundos seguida de inhalaciones y exhalaciones continuas. Se realiza este ejercicio hasta completar 15 minutos de actividad.

Posteriormente se realizan posturas clásicas del tai-chi, como paso erguido, paso de arco, movimiento punta talón, o paso de equilibrio, con intervalos de inhalaciones y exhalaciones.

- Jueves: Ejercicios de pared y palo

Sobre la superficie de la pared con las manos apoyadas sobre ella, se realiza flexiones y extensiones de la articulación del tobillo haciendo el ejercicio punta-talón. Seguido a esto, se hacen otros ejercicios cardiovasculares con breves intervalos de descanso.

Posteriormente se hacen ejercicios de resistencia con la ayuda de un palo, para la tonificación de los músculos.

- Viernes: Baile

En círculo a una distancia de medio metro por paciente con música de diferentes géneros se realizan pasos básicos durante la mitad de la sesión. La siguiente mitad se realizan propuestas generales por paciente y rutina de pasos de baile libres.

2.4.3 Reuniones sociales.

Con la finalidad de que los asistentes al programa aprendan a vivir con mejores hábitos de alimentación, dentro del DUPAM se celebran fechas importantes en donde comúnmente se les pide a los padecientes que lleven comida hecha por ellos en porciones adecuadas y reducida en azúcares, grasas y calorías. De igual manera, sirve como un tipo de ensayo previo a otras fiestas o reuniones sociales, en donde, aunque pueda sentirse “tentado” a consumir productos muy azucarados, opte por darle prioridad a su salud.

La frecuencia de estas reuniones coincide con las fiestas populares del país, se celebra por ejemplo: el día de las madres, el día de muertos y el día de independencia.

La idea detrás de los festejos es hacerle notar al padeciente que en su vida diaria puede disfrutar de las festividades y seguir cuidando su salud. Dentro de los festejos se suelen realizar otras actividades como rifas, concursos o algunas dinámicas grupales.

2.4.4 Plan de trabajo

En el DUPAM el tratamiento para la diabetes es multidisciplinario. Durante el periodo 2015-2016 realizaron su servicio social pasantes de las carreras de enfermería, medicina, odontología y psicología, aunque en otros periodos se han presentado pasantes de otras carreras.

La forma de trabajo se ilustra en la figura 6. Como se observa, son dos los ejes, por un lado, el trabajo multidisciplinario, que consiste en que todos los pasantes trabajen bajo el mismo esquema y de manera conjunta a pesar de que todos hayan aprendido cosas distintas en su formación académica. El otro eje es la capacitación, que consiste en identificar los conceptos básicos sobre la diabetes (determinantes biológicos y sociales, consecuencias y tratamiento) y ponerlos en práctica. Aquí destaca el concepto padeciente, un pilar conceptual que se promueve en el programa, y que, como se ha mencionado antes, hace referencia a la condición crónica de la diabetes y a sus múltiples consecuencias para quien vive con ella. Entender la diabetes como

padecimiento, saber que tiene muchas repercusiones en la vida de quien la sufre y conocer que su tratamiento tiene que ser distinto al de las enfermedades agudas, ayuda desde el inicio a los pasantes a reconceptualizar la importancia de un tratamiento multidisciplinario constante.

Como puede observarse, la forma de trabajar en el DUPAM tiene distintas etapas de retroalimentación. Para empezar, el marco referencial sobre la diabetes se modifica con las investigaciones dentro del programa. Lo mismo sucede con el programa de intervención que es retroalimentado de los seminarios dados por asesores y de sesiones especiales en donde se discute la situación individual de cada padeciente. Por último, el proceso de capacitación puede modificarse a través de la evaluación general del programa.

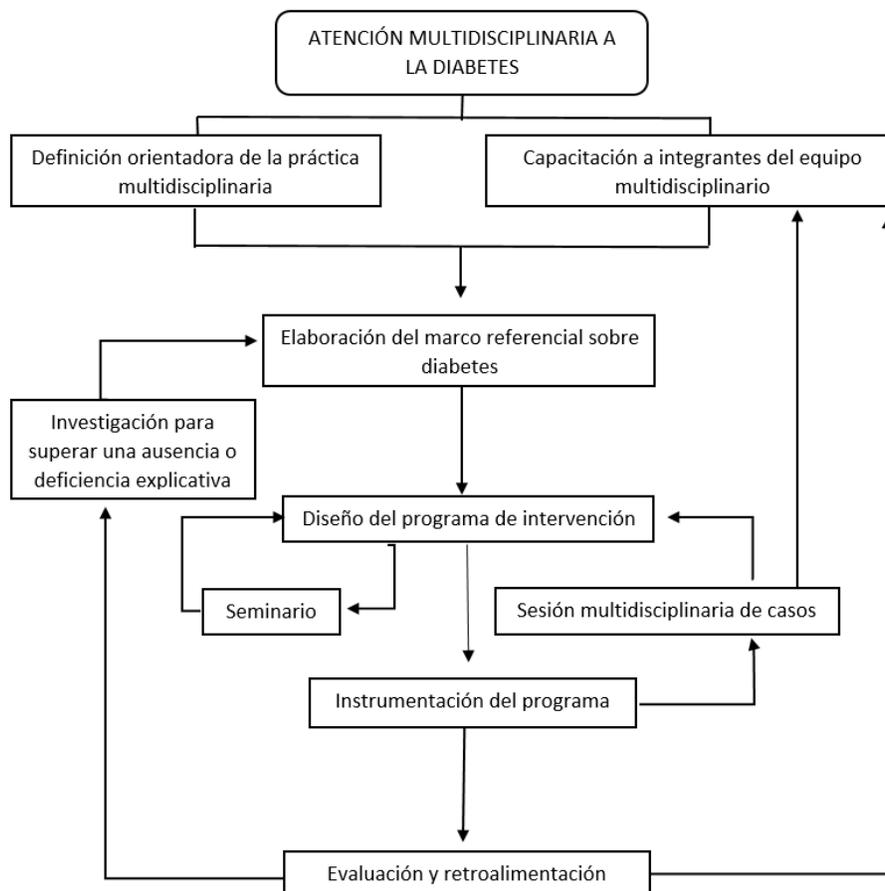


Figura 6: Esquema de trabajo del DUPAM

2.5 Resumen de actividades (2015)

2.5.1 Enfermería

Los pasantes de la carrera de enfermería realizan una valoración y diagnóstico de los asistentes del DUPAM de acuerdo a los criterios de esta disciplina. Elaboran un expediente anual. En el periodo 2015-2016 se encargaron principalmente de promover una campaña de vacunación para los asistentes al DUPAM, aunque colaboraban también en la evaluación física, junto a los pasantes de medicina.

2.5.1.1 Inmunizaciones en el grupo DUPAM.

Con la finalidad de reducir al máximo las enfermedades infecciosas que más afectan a la población, sobre todo a los grupos más vulnerables, se han empleado diversas acciones preventivas entre las cuales ha destacado la vacunación. Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido y siguen produciendo a la humanidad. Benefician tanto a las personas vacunadas como a otras susceptibles y en términos generales han reducido el número de muertes producido por enfermedades infecciosas hasta el punto de erradicar algunas de ellas (De Quadros, 2004).

Los adultos mayores y los pacientes con padecimiento crónicos degenerativos constituyen un grupo de riesgo. En el caso de la diabetes, las personas con éste padecimiento son más vulnerables a infecciones, especialmente aquellas con un pobre control glucémico (Peretta, 2005).

- Esquema de vacunación del adulto mayor

El esquema de vacunación en el adulto mayor que se encuentra dentro de la cartilla nacional de salud, incluye los siguientes productos biológicos para su aplicación:

- Neumocócica Polisacárida
- Toxoide tetánico y Difteria (TD)
- Influenza estacional

La vacuna neumocócica polisacárida se aplica una dosis única a partir de los 65 años y en personas con factores de riesgo se aplica una dosis inicial a partir de los 60 a los 64 años y después aplicar una segunda dosis cinco años después de la dosis inicial.

- Campaña de vacunación

De acuerdo con el perfil de usuario del DUPAM, el asistente promedio se encuentra en la tercera edad, lo que le hace estar en una situación de vulnerabilidad ante ciertas enfermedades infecciosas. Por lo tanto, se solicitó a la Coordinación Municipal del Centro de Salud Urbano Virgencitas, a través de un oficio, un módulo de vacunación para la Clínica de Atención Multidisciplinaria Tamaulipas, el cual contara con los biológicos específicos del esquema de vacunación para el adulto mayor: vacuna anti-influenza, neumocócica y toxoide tetánico diftérico.

En el grupo DUPAM se realizó inmunización a las padecientes inscritas al programa en función de su edad, comorbilidades y esquema de vacunación previo con el objetivo de prevenir morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles. Las vacunas que se aplicaron fueron:

- Neumocócica
- Influenza
- TD (Tétanos, Difteria)

La vacunación se llevó a cabo el día 28 de octubre de 2015 en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Tamaulipas de las 10: 00 a las 12:30 horas. En la figura 7 se observa que hubo una mejora significativa en el número de personas vacunadas. Al final de la campaña, diecisiete personas completaron el esquema de vacunación recomendado por la Secretaría de Salud.

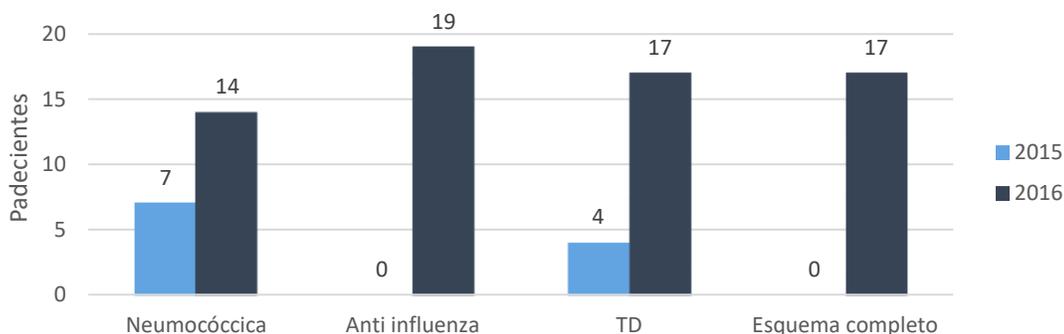


Figura 7. Comparación entre esquema de vacunación enero 2015 – febrero 2016

2.5.2 Medicina

Las actividades principales de los pasantes de esta carrera comprenden la valoración médica, el diseño de planes de tratamiento y la elaboración de expedientes. Son responsables de la toma de signos vitales. Los pasantes también realizan campañas en la zona para dar a conocer el programa a nivel local y se encargan de la detección de factores de riesgo dentro del contexto de los asistentes al programa. Los resultados en cuanto a complicaciones por la diabetes y su prevalencia en el grupo, son los siguientes:

2.5.2.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial en el grupo del DUPAM presenta una prevalencia de 47.62% del total de la población, como se ve en la figura 8.

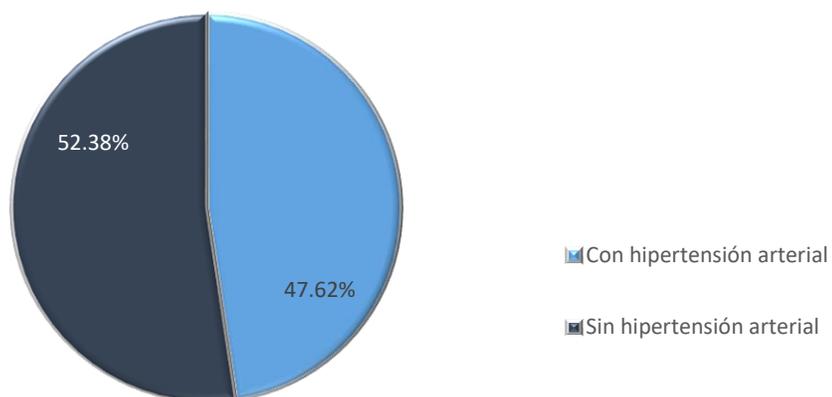


Figura 8. Porcentajes de prevalencia de hipertensión arterial sistémica en DUPAM

La prevalencia de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y que además presentan criterios diagnósticos para hipertensión arterial sistémica representa casi el 60%, como se ve en la figura 9.

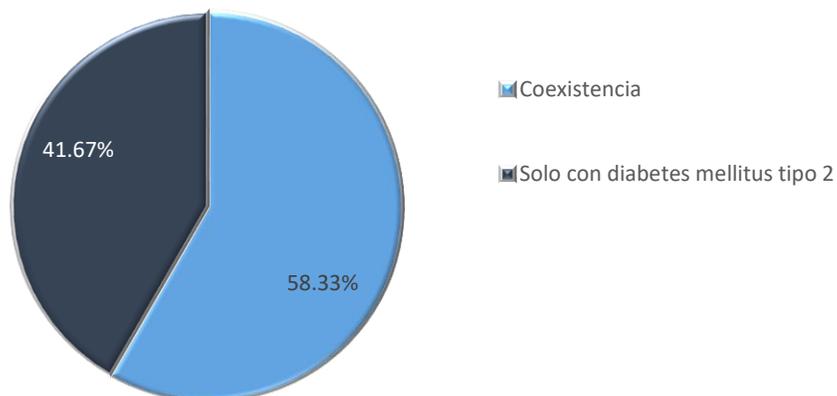


Figura 9. Porcentaje de pacientes con coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

2.5.2.2 Sobrepeso y obesidad

Es del conocimiento común la relación entre éstos conceptos, sin embargo, la diferencia entre ambos radica en varios aspectos:

Desde el punto de vista fisiopatológico la obesidad es un *estado físico de excesiva grasa corporal*. Esta simple definición es quizá la más acertada de todas. No obstante, en la práctica clínica se define la obesidad según el valor del *índice de masa corporal (IMC)*, con el *sobrepeso* como un estado intermedio entre el sujeto normopeso y el sujeto obeso (Cuesta & Sabán, 2009, pp. 246)

Puede decirse que la diferencia entre sobrepeso y obesidad radica en la diferencia entre el Índice de masa corporal (IMC), y para definir los distintos tipos de obesidad de acuerdo al IMC, existe una clasificación en adultos por parte de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000) que se resume en la tabla 3

Tabla 3.
Clasificación de obesidad de acuerdo a criterios de la ONU

Clasificación	Índice de Masa Corporal
Peso bajo	<18.50
Peso Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	≥ 25
Obesidad tipo I	30-34.9
Obesidad tipo II	35-39.9
Obesidad tipo III	≥ 40

La obesidad es una problemática alarmante a nivel mundial y una de las tantas consecuencias de éste padecimiento es la comorbilidad. Esto significa que una persona obesa tiene altas probabilidades de padecer problemas cardiovasculares, respiratorios o metabólicos (Navarra, 2015).

En la tabla 4 se muestra que los problemas mencionados se presentan en la mayoría de la población del DUPAM, siendo el problema más común el sobrepeso con una pequeña diferencia respecto a la obesidad. Solo una persona se encuentra en un peso normal.

Tabla 4.
Padecientes con sobrepeso y obesidad en el DUPAM

Diagnóstico	Pacientes	Porcentaje
Sobrepeso	11	52.38%
Obesidad	9	42.86%
Peso normal	1	4.76%
Total	21	100.00%

En la figura 10 se aprecian con más claridad, de acuerdo a la clasificación de la ONU, cuáles son las afecciones más comunes con respecto al peso en el DUPAM. Sobresalen tres categorías: Sobrepeso II y Obesidad II son los problemas más comunes, presentándose en dos terceras partes de la población. Con una pequeña diferencia con respecto a sobrepeso II, Obesidad I es el otro padecimiento común, pues se presenta en casi el veinte por ciento de DUPAM.

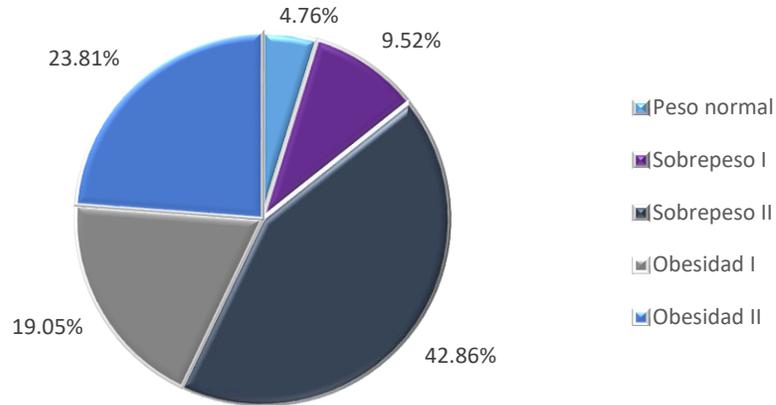


Figura 10. Obesidad y sobrepeso por categorías en el DUPAM

2.5.2.3 Complicaciones y otros padecimientos

Las complicaciones son uno de los problemas más preocupantes para la persona con diabetes. Padecer un problema de salud adicional puede afectar aún más la calidad de vida si exige de más limitaciones y cuidados. Como se observa en la figura 5, en el DUPAM son seis los casos en donde se presenta alguna complicación. Las complicaciones que se presentan en el programa son de las más comunes en las personas con diabetes y representan alteraciones en riñones, nervios (sensibilidad) y problemas vasculares.

Tabla 5.
Pacientes con complicaciones crónicas en el DUPAM

Complicaciones crónicas	Pacientes	Porcentaje
Enfermedad renal crónica	2	33.33%
Neuropatía diabética	2	33.33%
Macroangiopatía	2	33.33%
Total	6	100.00%

Además de diabetes mellitus y sus complicaciones, el grupo presenta una serie de patologías asociadas principalmente al sexo y la edad, como se ve en la tabla 6. Osteoartritis presenta la más alta prevalencia con un 38.6%.

Tabla 6.
Pacientes con otros padecimientos crónicos

Padecimiento	Pacientes	Porcentaje
EPOC	3	23.1%
Osteoporosis	2	15.3%
Dislipidemia	1	7.7%
Osteoartritis	5	38.6%
Hiperuricemia	2	15.3%
Total	13	100%

2.5.2.4 Control glucémico

El control está determinado por mediciones de la hemoglobina glucosilada (HbA1C), de acuerdo a Del Prato y Felton (2006) es recomendable que los niveles para personas con diabetes se mantengan del 6.5 al 7%, ya que así es posible evitar complicaciones y que las pruebas se realicen al menos cada seis meses.

Mediante la solicitud a las pacientes con diabetes mellitus de HbA1C con el criterio diagnóstico de resultado menor a 7% durante el periodo diciembre 2015-enero 2016, se evaluó el control de la enfermedad. La mitad de los asistentes mostró control glucémico y solo un caso presentó un porcentaje mayor a ocho en enero de 2016 como puede verse en la tabla 7.

Tabla 7.
Hemoglobina glucosilada inicial y final

Paciente	Febrero 2015	Enero 2016
Paciente 1	6.9	6.8
Paciente 2	7.8	4.5
Paciente 3	10.01	8.6
Paciente 4	8.9	7.4
Paciente 5	6.9	7.1
Paciente 6	6.5	6.3
Paciente 7	12.6	6.7
Paciente 8	7.0	7.2
Paciente 9	7.4	7.6
Paciente 10	5.9	6.3
Paciente 11	9.3	7.8
Paciente 12	6.7	6.4

En la figura 11 se aprecia que la mayoría de los pacientes mostró una disminución en el nivel de control glucémico, pues 8 personas lo consiguieron, lo que representa el 66.67% del total de personas con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados más destacables son de los pacientes 2, 3, 11 y principalmente el paciente número 7. En el caso del paciente 10, pese al aumento de HbA1c, sigue mostrando control glucémico. Cabe aclarar que el control glucémico está determinado por HbA1C <7%, mientras que HbA1C >7% indica un promedio en niveles de glucosa superior al recomendado.

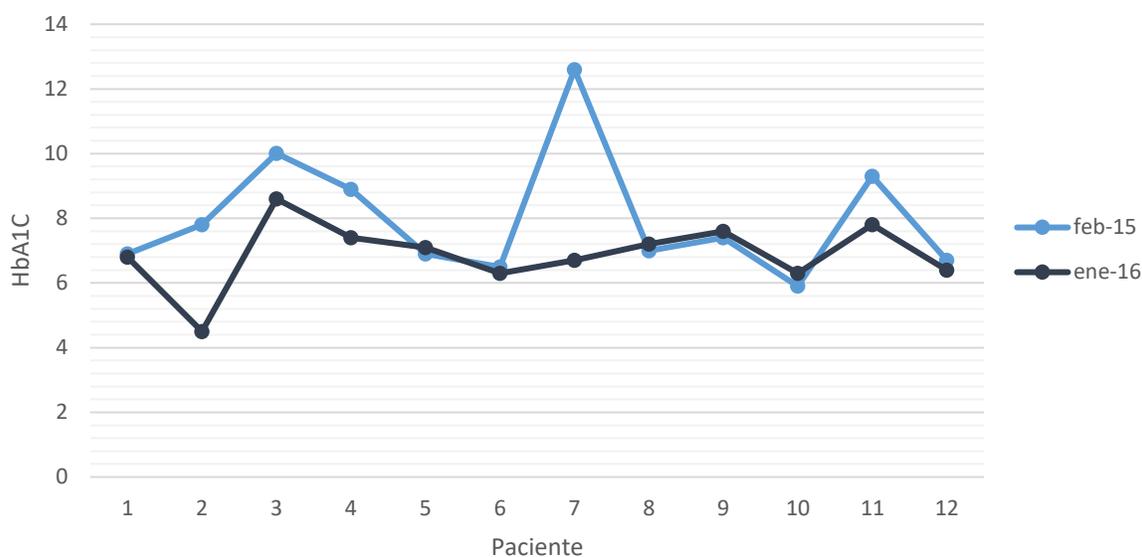


Figura 11. Comparación de HbA1c inicial y final

2.5.2.5 Control hipertensivo

El control de hipertensión arterial se determinó mediante el registro en los carnets oficiales del programa de la tensión arterial en los meses de noviembre, diciembre y enero. Se promediaron los registros y se tomó como criterio de control la cifra menor a 130/80 mmHg. El 81.82 % del total de los pacientes con hipertensión presento control hipertensivo frente al 18.18% que no cumplió dicho criterio, como se ve en la figura 12.

En el ámbito clínico se considera control hipertensivo cuando la Tensión arterial promedio es $<130/80\text{mmHg}$. Si la cifra es $>130/80\text{mmHg}$, es superior a lo recomendado

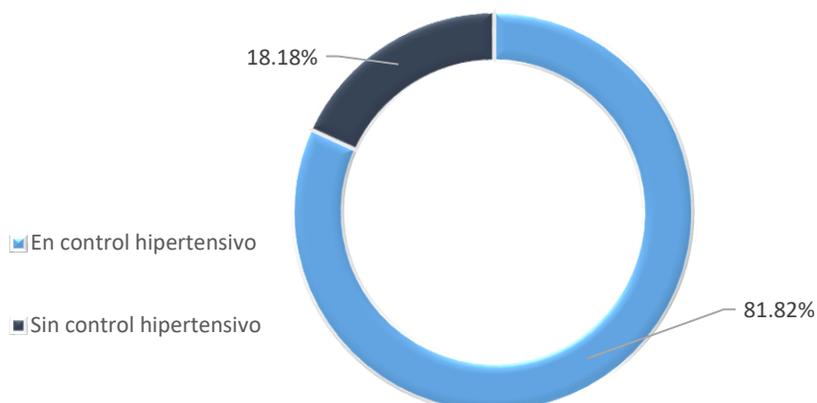


Figura 12. Porcentaje de presencia/ausencia de control hipertensivo en pacientes del DUPAM

2.5.3 Odontología

Los pasantes de esta carrera hacen valoración y diagnóstico de acuerdo a un expediente digital conocido como ECLIME. Se encargan además de la enseñanza de técnicas de cepillado, promover la higiene bucal, control de placa dentobacteriana y rehabilitación bucodental. Las sesiones para la revisión odontológica se hicieron a finales de 2015 y a inicios de 2016. En el caso de los tratamientos, estos se programaban de acuerdo a las necesidades, recursos y tiempo de los padecientes.

2.5.3.1 Relevancia de la evaluación odontológica en la diabetes mellitus

Factores como el embarazo, tabaquismo o una enfermedad crónica como la diabetes pueden tener efectos sobre la salud bucal o los tratamientos odontológicos. En concreto, en el caso de la diabetes mellitus, como mencionan Palmer y Soory (2008), hay una estrecha relación entre diabetes y enfermedad periodontal, hasta el grado que una infección aguda puede predisponer a la resistencia a la insulina y provocar mayores complicaciones.

Personas sin control glucémico están más expuestas a enfermedad periodontal, que en resumen consiste en un problema causado por placa dentobacteriana que en casos leves suele afectar los tejidos que rodean a los dientes (gingivitis) y en casos más severos es capaz de dañar estructuras de soporte (periodontitis) (Willman & Harris, 2005).

Como mencionan Sosa, Pérez, Mayán y Oñate (2010), las infecciones en el periodonto por sí solas no ponen en riesgo la vida del padeciente con diabetes mellitus, sin embargo, afectan psicológicamente por llegar a ser muy dolorosas y en casos más graves conducir a un descontrol metabólico. El tratamiento odontológico en personas con diabetes exige a los especialistas trabajar junto al médico tratante para administrar antibióticos y conocer el control glucémico de los pacientes (Carranza & Sznajder, 1996).

2.5.3.2 Estrategia odontológica en el grupo DUPAM

Se realizó la historia clínica en el expediente electrónico en línea (ECLIME) de la clínica para la evaluación de:

- Presencia o ausencia de piezas dentales
- Obturaciones
- Caries
- Gingivitis
- Periodontitis

Debido a que el riesgo de complicaciones orales aumenta a medida que disminuye el control de la glucemia, es esencial controlarla para evitar complicaciones y manejar la salud oral.

Para conocer el control glucémico se tomó en cuenta la hemoglobina glucosilada (HbA1c); con un valor inferior a 7% para pacientes con control adecuado y mayor o igual a 7% para pacientes en descontrol.

Como se observa en la tabla 8, los padecimientos odontológicos con mayor prevalencia en el grupo de padecientes fueron la gingivitis con 94.4% y las caries con 88.8%. Los demás grupos de padecimientos, si bien tienen menor frecuencia representan un importante problema al tener una prevalencia superior al 50%.

Tabla 8.
Diagnósticos odontológicos en el DUPAM en 2015

Diagnóstico	Pacientes	Porcentaje
Adoncias	13	72.2%
Obturaciones	14	77.7%
Caries	16	88.8%
Gingivitis	17	94.4%
Periodontitis	9	50%

Tras haber realizado las actividades de intervención en el grupo de pacientes del programa DUPAM se realizó la evaluación correspondiente al periodo final del plan anual. En la figura 13 se observa que la prevalencia de gingivitis que en la evaluación inicial representó el 94.4%, disminuyó considerablemente a 38%. Las caries tras el tratamiento realizado disminuyeron su prevalencia de 88.8% a 66.6%. Los padecimientos como adoncias, obturaciones y periodontitis no se vieron considerablemente impactadas debido a la dificultad de tratamiento desde el punto de vista técnico y económico de la clínica.

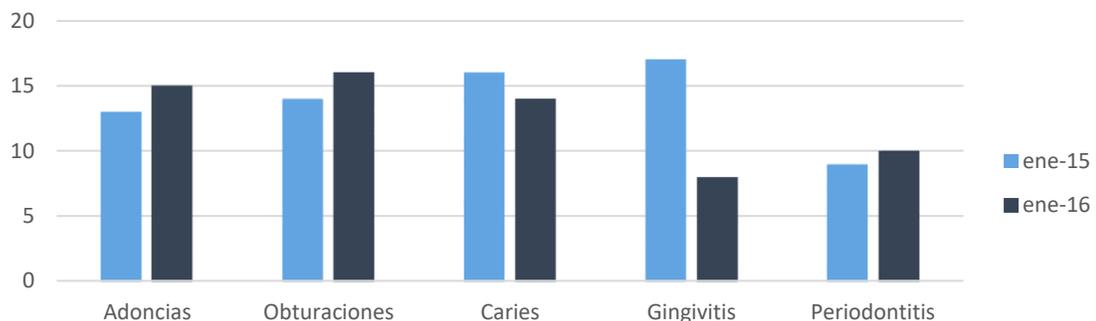


Figura 13. Comparación entre diagnósticos odontológicos: enero 2015- febrero 2016

2.5.4 Psicología

Las actividades principales comprenden la evaluación psicológica, para la cual se usa la entrevista semiestructurada y algunas pruebas psicométricas. En los casos en donde se detectan problemas familiares, emocionales o de resistencia al tratamiento se atiende en sesiones individuales. También se dan algunas pláticas al grupo DUPAM relativas al manejo de la diabetes y en este periodo se logró actualizar 18 historias clínicas y se evaluó la calidad de vida del grupo.

2.5.4.1 Actualización de expedientes

Las historias clínicas en el inicio del 2015 eran 13, se encontraban en su mayoría desactualizadas o incompletas. En febrero de 2016 se lograron redactar 18 historias completas, aunque por motivos de confidencialidad solo es posible mostrar el formato usado para su elaboración (Ver Anexo 1).

El método de trabajo en cuanto a la elaboración de los expedientes consistió en hablar con los padecientes sobre la importancia para el programa de contar con historias actualizadas y hacer una evaluación psicológica general. Posteriormente se comenzaron a elaborar citas con los pacientes para no interferir con sus actividades diarias y las sesiones se llevaron a cabo en un horario de 10 a 11 de la mañana.

Durante las sesiones se siguió una entrevista semiestructurada basándose en los puntos de interés del formato que se había estado utilizando en años recientes en el DUPAM. Resaltaban durante la sesión las dificultades y presiones de las personas y se encontró poca resistencia generalmente.

En los casos en donde se observaba que los pacientes tenían problemas en los que el equipo de psicología podía actuar, se priorizó la atención inmediata y se le comenzó a dar seguimiento a éstos casos.

En otras ocasiones sucedía que los padecientes mostraban un equilibrio emocional y mencionaban sentirse a gusto con sus vidas y haber logrado asimilar su condición (con una enfermedad crónica) y cuando esto pasaba, a tales padecientes se les consideraba en un estado de monitorización.

2.5.4.2 Evaluación psicológica

La forma de trabajo se enfocó en una evaluación-intervención individual, con la intención de actualizar historias clínicas y ofrecer psicoterapia en casos necesarios (donde se tuvieran recursos para pensar en problemas psicológicos, problemas familiares). Sin embargo, la valoración en el futuro puede darle más importancia a la influencia de la diabetes en los aspectos psicológicos.

En general, en los padecientes se encontraron problemas emocionales asociados principalmente a la edad (la gran mayoría son adultos mayores) y a conflictos familiares.

Los problemas relativos a la edad producían en la mayoría de los pacientes pensamientos de minusvalía y una sensación fatalista ante la vida (y esto puede ser un factor de riesgo para desarrollar depresión a largo plazo). Así que, en problemas como éste, asociados a la cognición, se buscó una aproximación cognitivo-conductual para hacerle notar al paciente las posibles consecuencias de sus supuestos, como que el sentirse triste por una idea errónea puede afectar el cuidado que pone en su salud, y esto a su vez afectar su control glucémico.

En cuanto a los problemas familiares, fue notorio que en la mayoría de los casos los padecientes perdían el control de sus hogares por falta de empoderamiento (que iban perdiendo al hacerse mayores) ante sus hijos, que regularmente, no consideraban la edad ni su estado de salud y veían en ellos a los cuidadores de una guardería. Así, el rol de la mayoría de los padecientes era el de ser un abuelo al cuidado de sus nietos, que en ocasiones procuraba más

a otros que a sus propias necesidades. La intervención en estos casos se dio también en términos cognitivos para que el paciente considerara que su rol es de abuelo y no de padre sustituto. También se utilizaron técnicas de terapia familiar como el uso de contratos por escrito y asignación de tareas para aumentar el poder de su hogar, con resultados positivos.

2.5.4.3 Evaluación de calidad de vida

Considerando que uno de los fines más importantes del programa es mejorar la calidad de vida de los padecientes, se buscó la manera de medir la variable en términos lo más objetivos posibles. A pesar de que calidad de vida es un concepto muy subjetivo, se encontró una prueba validada en el país, conocida como Diabetes 39 con una confiabilidad mayor a 0.7.

La idea fue aplicarla a todos los asistentes con diabetes y hacer una base de datos con los resultados de la prueba. La tabla con los resultados aparece en el capítulo 3.

2.5.4.4 Educación para la salud

El punto hace referencia a una serie de pláticas que se realizaron con el objetivo de desarrollar destrezas o habilidades que fortalezcan el autocuidado y la independencia. En específico, se realizaron pláticas sobre apoyo social en donde se habló a los receptores del servicio y al resto de personal de salud sobre la importancia que para el padeciente tiene el estar envuelto en una red social de apoyo que brinde afecto, comprensión y confianza. Los puntos tratados fueron el apoyo social, la importancia de rodearse de un número de personas significativas al vivir con un padecimiento y el DUPAM como un grupo de apoyo.

3. Tratamiento multidisciplinario para la diabetes en el DUPAM: Un estudio sobre sus efectos

Con algunos de los datos obtenidos a lo largo del año 2015, se realizó un análisis estadístico con dos propósitos: por una parte, saber si se presentaba significancia estadística entre los valores de hemoglobina glucosilada de principios de 2015 y los valores de inicios de 2016, en un estudio pre/post tratamiento. También se realizó una correlación entre las escalas del instrumento Diabetes 39 y los valores de hemoglobina glucosilada de inicios de 2016, con el fin de saber si los resultados del programa se traducen en mejoras en el concepto multidimensional: calidad de vida.

3.1 Objetivos

- Conocer los efectos de un tratamiento multidisciplinario en los valores de hemoglobina glucosilada en una muestra de personas con diabetes mellitus tipo 2
- Conocer la relación entre calidad de vida y los valores de hemoglobina glucosilada tras un tratamiento multidisciplinario.

3.2 Hipótesis

El tratamiento multidisciplinario disminuye los niveles de hemoglobina glucosilada

A menor hemoglobina glucosilada mayor calidad de vida del padeciente

3.3 Variables

- Tratamiento multidisciplinario: compuesto por la atención a la salud de las áreas que componen el programa DUPAM: medicina, odontología, psicología y enfermería.

Comprende un plan de ejercicio, educación en diabetes, registro de glucosa, presión arterial y análisis clínicos que varían de acuerdo a la persona.

- Calidad de vida: concepto multidimensional que hace referencia a aspectos objetivos y subjetivos de satisfacción general. En la investigación está compuesto por las variables evaluadas por el instrumento Diabetes 39: Energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad-preocupación, carga social y funcionamiento sexual.
- Control glucémico (hemoglobina glucosilada): está determinado por un valor porcentual que refleja el promedio de los niveles de glucosa en los últimos tres meses. Se sugiere que sea inferior a 7% en personas con diabetes mellitus tipo 2.

3.4 Participantes

En el DUPAM las personas se inscriben y asisten voluntariamente a las distintas sesiones multidisciplinarias.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2.
- Asistir regularmente a las distintas sesiones del programa.
- Voluntad y disponibilidad de tiempo.

3.5 Diseño

Se empleó un diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo, que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), se representa de la siguiente manera:

G 0₁ X 0₂

Donde:

G: Grupo de sujetos.

X: Tratamiento: Se trata de un plan multidisciplinario que comprende consulta médica, atención odontológica y psicológica.

0₁: Medición de hemoglobina glucosilada previa al tratamiento.

0₂: Medición de hemoglobina glucosilada después del tratamiento y medición de calidad de vida.

3.6 Instrumento

Diabetes 39: Originalmente surgió en Estados Unidos por G. Boyer. Posteriormente se adaptó a población española y en 2006 se adaptó en México con algunas correcciones en los ítems para facilitar su comprensión.

La prueba consta de 39 reactivos que se agrupan en cinco secciones

- Energía-Movilidad (15 ítems)

Ejemplos:

Visión borrosa o pérdida de visión

No poder hacer lo que quisiera

- Control de la diabetes (12 ítems)

Ejemplos:

El horario de los medicamentos para su diabetes

No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

- Ansiedad preocupación (4 ítems)

Ejemplos:

Preocupaciones por problemas económicos

Estar preocupado (a) por su futuro

- Carga social (5 ítems)

Ejemplos:

Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos

Ser identificado como diabético

- Funcionamiento sexual (3 ítems)

Ejemplos:

La interferencia de su diabetes en su vida sexual

Menor interés en su vida sexual

Los pacientes anotan en una escala tipo Likert de 7-puntos que tan afectada se ve su vida, de acuerdo a cada ítem.

Hay otras dos dimensiones que evalúa el instrumento:

- Calidad de vida global (calificada en una escala del 1 al 7)
- Severidad de la diabetes (calificada en una escala del 1 al 7)

En cuanto a la validación del instrumento para población mexicana, fue realizada por López y Rodríguez (2006), que usaron el coeficiente de correlación de Spearman para medir la

consistencia test-retest (resultó ser >70 en todas las secciones, el total y severidad de la diabetes). La confiabilidad del instrumento es alta (alfa de Cronbach > 0.7).

3.7 Procedimiento

Para el análisis estadístico se consideró únicamente a los asistentes del programa DUPAM que cumplieran con los criterios de inclusión. En total fueron 10 los participantes del programa que cubrían los requisitos.

La prueba diabetes 39 se aplicó en enero de 2016, en una sesión grupal, en un salón de la CUAS Tamaulipas. Hubo control en la aplicación del instrumento.

Antes de dar las instrucciones a los participantes, se comenzó con una breve plática sobre calidad de vida, ya que era necesario que entendieran el concepto para contestar el instrumento.

Las instrucciones que se les dieron a los asistentes fueron las mismas que se incluyen en el instrumento y que pueden revisarse en el anexo 2. Véase el siguiente ejemplo:

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Las personas tenían que contestar qué tanto creían que la diabetes afectaba en los distintos aspectos de su vida, de acuerdo a los reactivos. Se sigue una escala Likert, siendo 1 el nivel menor de afectación y 7 el máximo.

En cuanto a los análisis clínicos, se les solicitó a los asistentes una prueba de hemoglobina glucosilada realizada en febrero de 2016.

Los resultados de la prueba y los datos con los resultados de la prueba de hemoglobina glucosilada se capturaron en una base de datos de Excel.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 21.

3.8 Resultados

Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para conocer si hay una asociación significativa, por una parte, entre las categorías evaluadas con la escala Diabetes 39 y, por otro lado, entre los valores de hemoglobina glucosilada con las distintas categorías de calidad de vida.

Además, se utilizó la *t* de student para muestras relacionadas para comparar las medias de los valores de hemoglobina glucosilada antes y después del tratamiento multidisciplinario con el propósito de evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos del análisis de correlación entre las categorías de Diabetes 39 se muestran en la tabla 9. Las únicas correlaciones estadísticamente significativas tras el análisis de datos fueron Ansiedad preocupación – función sexual y Ansiedad preocupación – Calificación total.

Tabla 9.
Correlaciones entre las categorías evaluadas con la escala Diabetes 39

Variables	Correlación	<i>p</i>
Control de la diabetes - Ansiedad preocupación	.57	.08
Control de la diabetes - Carga social	.05	.88
Control de la diabetes - Función Sexual	.21	.54
Control de la diabetes - Calificación total	.46	.17
Control de la diabetes - Calidad de vida	.11	.75
Control de la diabetes - Severidad de la diabetes	.50	.13
Ansiedad preocupación - Carga social	-.09	.79
Ansiedad preocupación - Función sexual	.67	.03*
Ansiedad preocupación - Calificación total	.76	.01*
Ansiedad preocupación - Calidad de vida	-.13	.70

Ansiedad preocupación - Severidad de la diabetes	.28	.42
Carga social - Función sexual	.04	.90
Carga social - Calificación total	.03	.93
Carga social - Calidad de vida	-.30	.39
Carga social - Severidad de la diabetes	-.08	.80
Función sexual - Calificación total	.59	.07
Función sexual - Calidad de vida	-.15	.67
Función sexual - Severidad de la diabetes	-.008	.98
Calificación total - Calidad de vida	-.43	.20
Calificación total - Severidad de la diabetes	.19	.58
Calidad de vida - Severidad de la diabetes	-.02	.94

En la tabla 10 se presentan los resultados de analizar los valores de hemoglobina glucosilada con las categorías de Diabetes 39. En cuanto a los resultados de correlación entre las categorías de Diabetes 39 y los valores finales de hemoglobina glucosilada, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10.
Correlaciones entre las categorías evaluadas por Diabetes 39 y valores finales de HbA1c

Variabes	Correlación	<i>p</i>
Control de la diabetes - HbA1c final	.56	.08
Ansiedad preocupación - HbA1c final	-.23	.52
Carga social - HbA1c final	.13	.71
Función sexual - HbA1c final	-.48	.15
Calificación total – HbA1c final	.04	.89
Calidad de vida - HbA1c final	-.07	.83
Severidad de la diabetes- HbA1c final	.39	.26

En la tabla 11 se presenta el análisis estadístico del valor en HbA1c observado al inicio del tratamiento y al final de este. Se aprecia un cambio entre ambos valores. La HbA1c tiene un valor medio menor al concluir el tratamiento (6.92). Los resultados obtenidos mediante la prueba *t* sugieren que la diferencia entre los dos valores es significativa: $t = 1.93$, $gl = 9$, con $p < .05$. El resultado permite postular que el tratamiento influyó en la disminución de los valores de HbA1c en los participantes.

Tabla 11.
Estadística descriptiva de los valores inicial y final de HbA1c

	Media	N	Desviación Típica	Error típico de la media
HbA1c Inicial	7.64	10	1.3	.42
HbA1c Final	6.92	10	1.1	.35

3.9 Discusión

El análisis de datos permite decir que el programa universitario DUPAM ha conseguido resultados satisfactorios y estadísticamente significativos en el periodo enero 2015 – febrero 2016, en las personas que presentan diabetes mellitus tipo 2 y que asisten regularmente.

Por una parte, los resultados entre las categorías de la escala Diabetes 39 evidencian dos correlaciones fuertes y estadísticamente significativas, una de ellas: Ansiedad preocupación – Función sexual, lo cual indica que si la diabetes afecta en alguna de las dos variables aumenta también el valor de la otra. El resultado destaca, pues explicaría que los problemas sexuales que aparecen en personas con diabetes no se deben únicamente al descontrol glucémico, pueden ser causa también de la ansiedad o preocupación por padecer diabetes.

La otra correlación significativa, Ansiedad preocupación – Calificación total, resulta interesante, pues explica que la preocupación por padecer diabetes es de considerar en la práctica clínica, pues está vinculada a una afectación general por el padecimiento.

Por lo pequeña que resulta la muestra es probable que no se haya encontrado significancia estadística entre el valor de las variables de Diabetes 39 y los valores de HbA1c. Aunque hay concordancia entre el tipo de correlaciones obtenidas, por ejemplo, en la correlación negativa entre Calidad de vida y HbA1c final: mientras mayor sea la calidad de vida menor será el nivel de hemoglobina glucosilada.

La eficacia del tratamiento multidisciplinario queda demostrada por la significancia estadística encontrada entre los niveles de HbA1c antes y después del tratamiento. Los resultados sugieren que la asistencia a un programa de este tipo de manera regular influye directamente en la consecución de niveles adecuados de hemoglobina glucosilada, y con esto, lograr una de las metas principales para el tratamiento de la diabetes: el control glucémico. Los resultados son más destacables si se tiene en cuenta que, como se menciona a lo largo del primer capítulo de este trabajo, los efectos de la diabetes son más severos en mujeres, y en personas de edad avanzada, que son las características principales de la muestra.

El trabajo multidisciplinario ha tenido buenos resultados, aunque implica la colaboración de diversos especialistas en diabetes y un enfoque distinto al tradicional, basado en la persona, como mencionan Bowen y Rothman (2010), por lo tanto, este tipo de tratamientos deben extenderse.

El hecho de que la categoría ansiedad preocupación, de la escala Diabetes 39, presente significancia dentro de la muestra, y haga referencia a los efectos cognitivos de padecer diabetes, lleva a plantearse la importancia de ampliar la atención psicológica. Actualmente en el grupo DUPAM se sigue un plan basado en las recomendaciones básicas de la IDF y de la SSA, dado que los efectos de la diabetes en la estabilidad emocional pueden llegar a ser muchos y muy severos, la atención psicológica puede ser más sistemática y resultar más determinante, como han demostrado algunas investigaciones (e.g., Del Castillo et al, 2012). En el siguiente capítulo

se describen algunas pautas que pueden considerarse para su futura implementación en el programa.

En cuanto a sugerencias para investigaciones futuras, sería recomendable que se aumente el número de variables, por ejemplo, el tiempo de evolución de la diabetes, la edad del padeciente, la presencia/ausencia de complicaciones, o los valores de presión arterial. De igual manera, pueden usarse otros instrumentos, como el IDARE (Instrumento De Ansiedad Rasgo-Estado) (ver Anexo 3), el Cuestionario de estrés asociado a la diabetes (ver Anexo 4). Incluso podrían utilizarse instrumentos que evalúen personalidad e intentar correlacionar con los indicadores clínicos. Las líneas de investigación pueden ampliarse y considerar otros aspectos como la fenomenología de la diabetes o estudios cualitativos que evalúen la importancia que tiene asistir a un programa multidisciplinario. También resultaría favorable incluir variables de otras disciplinas, y conocer qué áreas resultan más determinantes en el control glucémico. Por ejemplo, podría estudiarse la presencia/ausencia de tratamientos odontológicos o el número de medicamentos que utilizan los padecientes.

No sobra mencionar la importancia de realizar más estudios en esta temática con un número de participantes mayor, aunque puede constituir un problema de difícil resolución pues el programa DUPAM solo se encuentra y realiza en la CUAS Tamaulipas. La promoción del programa y su expansión son factores que en el futuro pueden aumentar el alcance de los resultados.

4. Recomendaciones para reorientar la atención psicológica en DUPAM

Los resultados y logros del DUPAM permiten decir que el programa es eficaz, incluso estadísticamente. Una de las razones del éxito del programa es que en cada una de las áreas que componen el programa se busca entender que las personas con diabetes tienen necesidades específicas, pues afrontan un padecimiento crónico.

La necesidad de crear tratamientos holísticos, que surge del interés de distintas organizaciones por mejorar el tratamiento de la diabetes, ha ocasionado que la investigación aumente, sobre todo en cuanto a qué aspectos se deben considerar para la evaluación y qué métodos pueden resultar eficaces. En el caso de la psicología, la investigación sobre diabetes y otros padecimientos crónicos, ha aumentado, sobre todo en psicología de la salud, con el afán de entender las consecuencias psicosociales del padecimiento. En psicología social, por otra parte, se busca entender el padecer como una experiencia subjetiva, que debe ser considerada en el tratamiento.

A partir de la revisión bibliográfica de distintos tratamientos y técnicas, el autor de este trabajo propone algunas pautas que pueden considerarse y adoptarse en el DUPAM para ampliar los logros y alcances del programa. Se busca que los pasantes que se integren al programa tengan más herramientas y dispongan de más datos para aumentar la investigación.

La estrategia propuesta se explica detalladamente en el siguiente punto:

4.1 Esquema general de atención psicológica

La atención psicológica que se propone para el DUPAM está representada en la figura 14. Se sugiere en un principio, revisar continuamente la investigación sobre diabetes mellitus, enfocándose en tratamientos, técnicas e información relevante para mejorar la atención.

Son tres los pilares en la propuesta. En primer lugar, la evaluación psicológica general es la que se sigue actualmente en el DUPAM y que puede seguir sin modificaciones mayores.

El manejo de reacciones psicosociales se refiere al uso de estrategias fundamentadas con el fin de aminorar los efectos por la enfermedad crónica mencionados por Livneh, y que se describen en el primer capítulo de este trabajo. Se propone primero definir un estilo directivo, pero será preferible siempre crear un entorno favorable para que el padeciente se interese por su padecimiento y lo afronte. Se propone la evaluación del duelo, depresión y estrés, que son variables que repercuten en el autocuidado. Otras medidas son: fomentar el apoyo del círculo familiar, seguir con el plan de educación para la salud que se sigue actualmente, usar técnicas cognitivas como la relajación sistemática y el entrenamiento en respiración, que pueden ser favorables en el manejo del estrés. Se incluye también una batería de pruebas especializadas en la evaluación de los efectos psicológicos de la diabetes, que son indicadores importantes y pueden utilizarse en investigaciones posteriores.

Los objetivos coinciden con los resultados de la adaptación psicosocial favorable en la teoría de Livneh. Se sabrá que una persona con diabetes se ha logrado adaptar a su padecimiento a través de los resultados clínicos, como pueden ser los de hemoglobina glucosilada; los resultados de las pruebas psicométricas también son relevantes en este punto. Otros parámetros son las estrategias de afrontamiento que la persona ha aprendido, como asistir regularmente a las sesiones de ejercicio, o tomar sus medicamentos a sus horas. El último indicador, y quizá el más importante, es la calidad de vida. Al tratarse de un concepto

multidimensional, resulta difícil delimitar, por esta razón, se describen en un apartado posterior criterios para su evaluación.

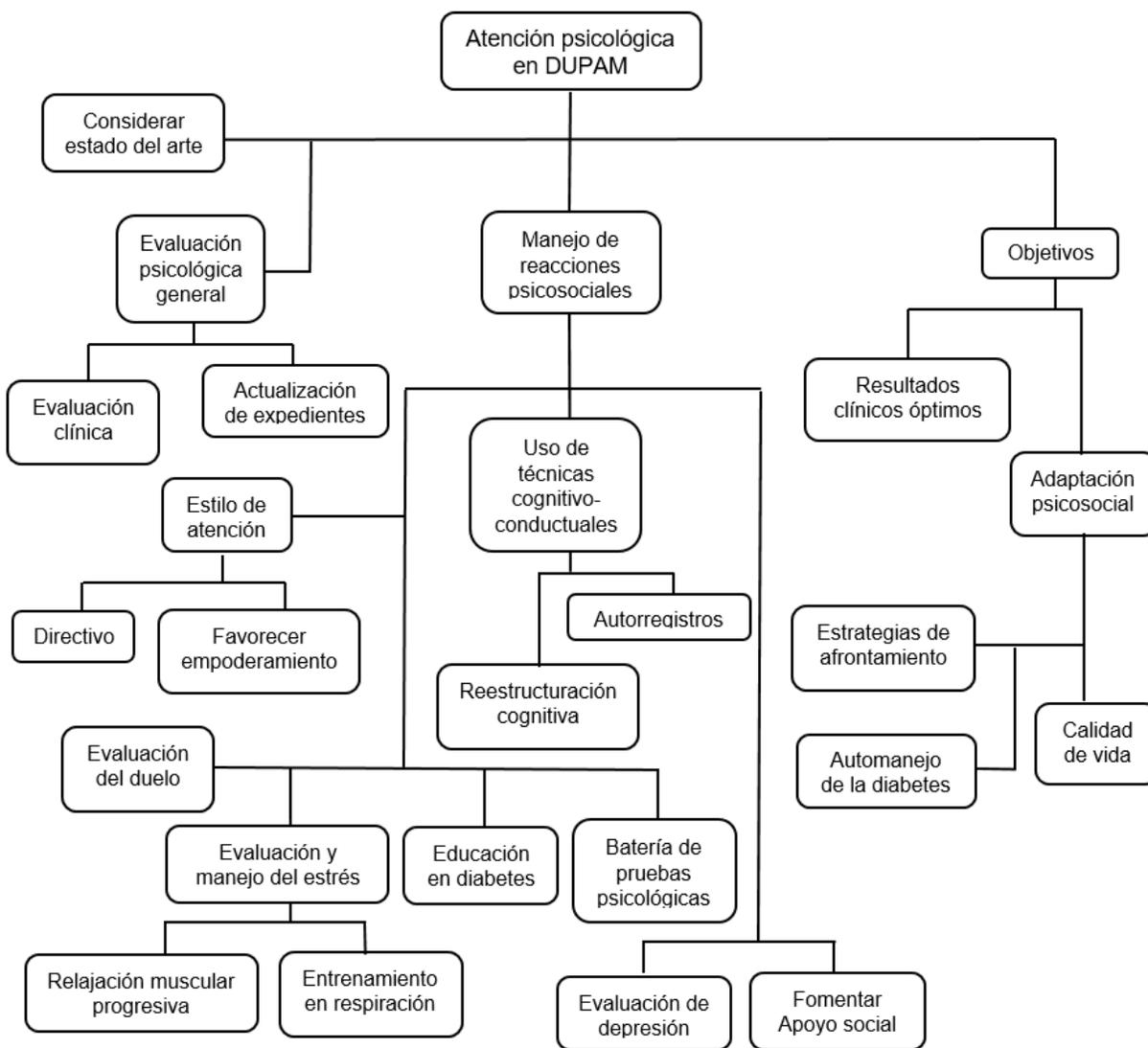


Figura 14: Atención psicológica propuesta para DUPAM

En los siguientes párrafos se explican los puntos mencionados anteriormente, en cada apartado se describe a detalle cómo podría beneficiar al programa la implementación de las medidas propuestas.

4.2 Consideraciones de la Asociación Americana de Diabetes y de la Secretaría de Salud

La American Diabetes Association (2017) hace referencia a los aspectos psicosociales y establece que la evaluación de estos debe hacerse con algunas consideraciones:

- Tomar en cuenta el contexto social y el estado psicológico.
- Evaluar actitudes y creencias sobre la enfermedad, expectativas del tratamiento y resultados, emociones, calidad de vida, recursos e historial psiquiátrico. La atención psicológica no está limitada solo a estos aspectos.
- Evaluación periódica de problemas psicológicos como distrés, depresión, ansiedad o desórdenes alimenticios.
- Las personas mayores requieren de evaluación cognitiva y especial atención en la evaluación de depresión.

A nivel nacional la atención psicológica no se menciona directamente en la norma oficial. Sin embargo, se ofrece atención a nivel psicológico dentro de las clínicas de la unidad de especialidades médicas de enfermedades crónicas no transmisibles (UNEME) y el objetivo principal es el de proporcionar un protocolo de atención estructurada con instrucciones específicas para exploración, estrategias de acción y evaluación. Todo encaminado hacia la adherencia al tratamiento de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2 (Secretaría de salud [SSA], 2008). El plan de atención psicológica sigue un modelo por sesiones a través de talleres grupales en donde se busca desarrollar ciertas destrezas mediante un estilo directivo. El plan propone integrar a la familia en un estilo de alimentación más acorde, ubicar al paciente en una etapa del cambio, y, sobre todo, mejorar la adherencia al tratamiento con un cambio de hábitos y costumbres para al final elaborar un reporte y dar de alta a la persona.

4.3 Evaluación psicológica general

4.3.1 Entrevista clínica.

La entrevista clínica se ha convertido en la principal herramienta para el psicólogo, pues es la mejor fuente de información acerca del estado psicológico del padeciente. También es la base para la creación de una historia clínica y el principal medio para acercarse a las creencias, miedos, necesidades y en general, a la subjetividad del diabético. Por todo esto, a través de la entrevista el equipo multidisciplinario entenderá que cada caso es distinto.

Se busca seguir una entrevista semiestructurada, guiándose en el formato usual del DUPAM y formulando otras preguntas que permitan conocer los aspectos relevantes de la persona como son: autoconcepto, relaciones interpersonales, preocupaciones, motivación, entre otros comúnmente evaluados.

La entrevista se propone como el primer paso para conocer la complejidad que representa padecer diabetes y a partir de esta técnica se busca establecer un plan individualizado.

La importancia de la entrevista radica en que, además de brindar información para la realización de una historia clínica, permite conocer las problemáticas que más aquejan al paciente, como pueden ser, en el caso de la diabetes, preocupación o miedo a causa de futuras complicaciones. También permite conocer la motivación y disposición a trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario. El estado emocional puede inferirse a través de la entrevista para saber si el padeciente ha logrado aceptar el diagnóstico. Por último, permite conocer los hábitos de salud y ayudar en la detección de problemas psicológicos como ansiedad, estrés o depresión.

Por la importancia tan grande que representa la entrevista, es necesario realizar tantas sesiones como sea necesario con el fin de recabar toda la información necesaria pues de aquí surgirá el plan personalizado.

Se habla de un trato personalizado, pues se busca trabajar con la población del DUPAM de manera continua, y a diferencia de otras intervenciones en donde se sigue una estrategia durante determinado tiempo para medir resultados, en el DUPAM se plantea un tratamiento a largo plazo. Además, entender que cada persona vive el padecimiento de manera distinta, permite al equipo multidisciplinario alejarse del esquema usual de atención a la diabetes, en donde se habla de obediencia, adherencia y demás términos que impiden conocer la complejidad de la diabetes.

4.3.2 Actualización de expedientes.

Es recomendable que las historias se actualicen con regularidad, esto es, al menos una vez al año. En los expedientes se pueden anexar los resultados de las pruebas psicométricas. Es conveniente hacer notas de evolución y notas de las distintas sesiones individuales o grupales, pues en años posteriores la información recabada puede ser útil.

Los padecientes que lleguen al punto de adaptación psicosocial pueden considerarse en estado de monitorización y ayudar al resto del grupo a partir de su experiencia.

Los datos del grupo pueden almacenarse en bases de datos para un posterior análisis estadístico. Adicionalmente se busca que los pasantes desarrollen investigación cualitativa, que enriquece y complementa la información de corte cuantitativo.

4.4 Elección de un estilo de atención: Directivo vs Empoderamiento

Se propone un enfoque personalizado en la atención. Como se ha explicado, la diabetes es un padecimiento con implicaciones en todos los aspectos de la vida. El trabajo, las relaciones con los demás o el estado anímico pueden verse afectados.

Al hablar de un trato individualizado, el equipo multidisciplinario debe de esforzarse por entender todas las circunstancias de vida de la persona, comenzando por recabar toda la información disponible: desde las variables sociodemográficas, personalidad, estilo de vida,

hasta conocer su actitud hacia el padecimiento y el tratamiento. Dependerá en gran medida de las cogniciones el estilo de atención a elegir.

En una situación ideal, un padeciente que haya logrado superar el duelo y esté dispuesto a ser el principal responsable de su padecimiento y entienda la importancia de sus decisiones y acciones, será más fácilmente guiado hacia el modelo del empoderamiento. Siempre habrá casos en donde se presente resistencia o negación de la diabetes, en estos casos se sugiere emplear un estilo directivo, que retoma el plan tradicional de dar instrucciones y esperar que sean cumplidas. Pese a la resistencia, se debe de buscar fomentar la independencia y autocuidado del padeciente.

Funnell, Tang y Anderson (2007) consideran que no se trata de empoderar al paciente, sino de crear las condiciones idóneas para que el paciente por sí mismo comience a hacerse consciente del poder de sus decisiones.

Los autores plantean una serie de pasos y una serie de preguntas guía en la evaluación. Los pasos están dirigidos hacia problemas particulares que causan preocupación en el diabético como pueden ser: restricciones en la alimentación, realizar ejercicio, tomar los medicamentos o el monitoreo del control glucémico.

Paso 1: Conocer el problema o dificultad (pasado)

¿Qué es lo más difícil en el tratamiento de su diabetes?

¿Qué ejemplos puede dar?

Paso 2: Aclarar sentimientos y significados (presente)

¿Qué piensa sobre su problema?

Paso 3: Desarrollar un plan (futuro)

¿Qué es lo que buscas?

¿Cuáles son sus recursos?

¿Qué le detiene?

¿Quién puede ayudarlo?

¿Cuáles son los costos y beneficios de cada una de sus opciones?

¿Qué pasa si no hace nada para resolver su problema?

Paso 4: Pasar a la acción (futuro)

¿Qué pasos va a seguir?

¿Qué va a hacer?

¿Cómo lo piensa hacer?

¿Cuándo va a empezar

Paso 5: Experiencia y retroalimentación (futuro)

¿Qué ha hecho?

¿Qué ha aprendido?

¿Qué obstáculos encontró?

4.5 Duelo y aceptación de la enfermedad crónica

En el caso del duelo, un modelo por etapas como el de Kubler-Ross, permite a los especialistas de la salud un mejor manejo del paciente, pues permite entender, por ejemplo, si éste se encuentra en la etapa de negación (y a partir de esto, trabajar con sus ideas erróneas)

El proceso de aceptación de la enfermedad debe ser considerado desde la perspectiva del diabético y su círculo social. Es decir, se considera que cada caso es distinto y por las diferencias individuales habrá personas que acepten más rápidamente su condición, mientras otras se niegan a la idea de padecer diabetes.

Una característica de los asistentes al DUPAM es que la mayoría de los padecientes del programa acepta su condición, por lo cual, esto podría facilitar el proceso para nuevos integrantes. Además, si una persona busca incorporarse al programa es porque muy probablemente busque una manera de enfrentar su padecimiento. Por lo tanto, en cuanto al proceso de duelo, no se trata de acelerar el proceso de aceptación, más bien, entender la naturaleza subjetiva del concepto y su evaluación, que son aspectos que pueden servir como línea de investigación.

4.6 Educación en diabetes

Un aspecto fundamental en los modelos modernos de atención al diabético es la educación. Aunque puede pensarse a primera instancia que educación significa alguna clase de imposición sobre lo que es la diabetes, lo que se busca realmente es hacer consciente a la persona con diabetes de los riesgos inherentes al padecimiento, pero también de la importancia de un rol activo para prevenir complicaciones y adaptarse a esta condición.

La IDF (2007) hace una serie de recomendaciones sobre educación en diabetes, dándole importancia a los objetivos e ideas de la persona con el padecimiento. Dichas recomendaciones conforman un ciclo de cuatro fases: Valoración, planificación, implementación y evaluación.

La primera fase es la *valoración* y consiste en identificar las necesidades educativas de cada persona, además de entender sus problemas actuales y posibles dificultades en el futuro. Por medio de la entrevista clínica, los psicólogos pueden obtener toda la información relevante,

que va desde los datos sociodemográficos hasta preocupaciones o situaciones estresantes actuales. La IDF (2007) sugiere considerar las siguientes preguntas:

¿Qué información sobre salud necesitan las personas?

¿Qué actitudes deberían explorarse?

¿Qué destrezas necesita la persona para desarrollar un comportamiento saludable?

¿Qué factores del entorno de la persona podrían presentar obstáculos que dificulten la eficacia de una conducta saludable?

La siguiente fase es la *planificación*, que consiste en plantear objetivos razonables y concretos surgidos a partir de una previa negociación entre especialista y paciente. Los psicólogos deben considerar las necesidades y opiniones de la persona, pues no se busca imponer metas inalcanzables.

La *implementación* es la siguiente fase. Los métodos de enseñanza pueden ser diversos (clases grupales o individuales) y las técnicas pueden ir desde el juego de rol o el debate. Los materiales como diapositivas o folletos deben ser claros, específicos y atractivos.

Pueden añadirse métodos de reforzamiento a través de concursos o simplemente haciendo preguntas al final de una sesión, lo importante es motivar a la persona a que busque por sí misma aprender a mantener buenos hábitos.

La fase de *evaluación* comprende hacer una conclusión de los resultados obtenidos a través de distintos métodos, Se busca que la valoración de los resultados sea a nivel individual. En el caso de esta propuesta de atención, se usarán indicadores clínicos (hemoglobina glucosilada), pruebas psicométricas y adicionalmente podrían incluirse entrevistas y un posterior análisis cualitativo para evaluar los aspectos subjetivos.

4.7 Uso de técnicas cognitivas

Como ya se ha mencionado en el capítulo 1, la diabetes es un padecimiento que repercute a nivel social e individual: por una parte, genera costos millonarios para los países y desde la perspectiva del padeciente, puede causar malestar y preocupación. Los objetivos de distintas asociaciones coinciden en que es posible trabajar en la evitación o retraso de las complicaciones a partir de un tratamiento. Dentro de las distintas estrategias en donde se entiende la complejidad de la diabetes, se le ha brindado mayor atención a los aspectos cognitivos y esto ha permitido entender que la participación activa del padeciente es un componente importante en su control glucémico.

Dentro de la estrategia planteada, es muy importante recalcar que se busca que el padeciente sea consciente de su padecimiento y de sus posibles consecuencias. También es importante que la persona comprenda que su conducta, creencias y actitudes son importantes en la adquisición de nuevos hábitos y en lograr el objetivo principal en esta intervención: la adaptación psicosocial. Por eso es tan importante la etapa de la educación en diabetes.

En cuanto a cómo es que se buscará hacer consciente a la persona de su rol en el tratamiento, se considera que no se trata de obligar o persuadir, sino de crear un clima de confianza en donde la persona se plantee sus propios objetivos a su propio ritmo. Las técnicas y métodos de los enfoques cognitivos son una opción idónea porque han probado eficacia empíricamente.

4.7.1 Reestructuración cognitiva

Las personas usualmente tienen preconcepciones e ideas que son obtenidas de la interacción social y se mantienen por los sesgos naturales de la cognición humana. Uno de los objetivos más importantes en cualquier tipo de intervención es conocer la percepción del padeciente sobre la diabetes. Si la entrevista, y los resultados de las pruebas confirman que la persona tiene una concepción en la cual el padecimiento lo supera y sus pensamientos tienden

a basarse en supuestos (lo que la gente piensa, mitos sobre la enfermedad) y no en hechos, entonces confrontar al paciente con sus ideas es un favorable comienzo.

Las teorías cognitivas explican que los supuestos irracionales son difíciles de cambiar debido a que están conectados con emociones, entre otras razones. El modelo ABC de la terapia racional emotiva puede resultar útil en la evaluación pues explica un afrontamiento desadaptativo (Ellis & Dryden, 1989) y puede aplicarse en el caso de la diabetes (Van der Ven, Weinger & Snoek, 2002). A partir de eventos acontecimientos activadores (A) se generan creencias (B) automáticamente que están sustentadas por sesgos y emociones que terminan generando consecuencia (C) como la evitación (no hacer nada, esperando que el problema desaparezca solo) o la ira. Si, por ejemplo: una persona piensa “nunca voy a controlar mi diabetes, no tiene caso nada de lo que haga”, presenta una manera negativa de afrontamiento como “no tengo nada” es posible que estos supuestos puedan generar consecuencias a largo plazo, incluso generar otros pensamientos como “soy un fracaso” que generan desconfianza.

El trabajo del psicólogo entonces, consiste en evaluar los pensamientos automáticos y los supuestos del paciente sobre la diabetes y de ponerlos a prueba mediante preguntas o situaciones ficticias. Además, ayudará que, desde la etapa de educación, y a partir de la experiencia positiva de otros asistentes al grupo, la persona comenzará a cuestionarse lo que sabe acerca de la enfermedad y sus planteamientos iniciales se verán modificados.

Un objetivo adicional de la reestructuración es aumentar el control percibido de las personas sobre el padecimiento. A través del diálogo socrático, que es una técnica usual en la terapia cognitiva se puede hacer más responsables a las personas de su padecimiento y hacerles ver que la diabetes representa también una oportunidad para cuidar y valorar su salud.

4.7.2 Autorregistros

Dado que la psicología es una ciencia del comportamiento, se han desarrollado métodos estandarizados para adquirir y eliminar conductas. En el caso de las enfermedades crónicas, y más precisamente de la diabetes, para la persona que la padece significa adquirir nuevos hábitos y cambiar su estilo de vida. Por esta razón, los métodos como los autorregistros permiten a la persona ser consciente de los cambios que tienen que hacer, de sus progresos y dificultades en el transcurso de la adaptación.

Aunque actualmente se usan autorregistros con valores relativos a condiciones médicas, pueden emplearse otros con diversos objetivos:

- Detección de pensamientos automáticos (anexo 5)

Se trata del autorregistro usual para conocer las conductas problema, o pensamientos asociados, los diversos tipos de reacción (cognitivo, conductual y fisiológico) y las consecuencias. Puede ser modificado para adaptarse a distintas situaciones, como eventos que generen ansiedad, o pensamientos depresivos. En el tratamiento de la diabetes se puede emplear para saber las ideas acerca de la enfermedad y el tratamiento, también para desaparecer conductas nocivas.

- Autorregistro general del manejo de la diabetes (anexo 6)

El automanejo de la diabetes comprende un régimen diario. El registro no se trata solamente de llevar una lista de verificación, también se busca que los padecientes escriban su sentir respecto a las distintas actividades. Con esto se pueden conocer más fácilmente las dificultades específicas.

- Registro multidisciplinario de citas y observaciones (anexo 7)

Está dirigido principalmente a los pasantes de las distintas carreras. Ayuda al padeciente a saber sus próximas citas, pero su función principal es llevar un control de los progresos de la persona en la búsqueda de la adaptación psicosocial.

4.7.3 Evaluación y manejo del estrés

Las distintas situaciones por las que una persona atraviesa en el día a día provocan un estado de alerta que pone a prueba sus capacidades para evaluar y elegir entre distintas alternativas que tendrán consecuencias en su vida. Evaluación y ejecución constituyen un proceso normal y cotidiano hasta que se presentan circunstancias especiales que son interpretadas como amenazantes, difíciles, o, en términos más precisos, estresantes.

Desde la perspectiva transaccional del estrés, vivir con diabetes significa tener restricciones y atravesar por circunstancias difíciles como chequeos constantes de glucosa, realizar ejercicio o los efectos de las complicaciones, que pueden llegar a sobrepasar los recursos de una persona.

Las situaciones estresantes anteriormente mencionadas pueden llegar a tener efectos directamente (bajo control glucémico, fisiológicamente, por los efectos del cortisol) o de manera indirecta (bajo control glucémico porque la persona deja de atender su padecimiento pues le resulta abrumador).

En cualquier tratamiento debería considerarse la evaluación y manejo del estrés. De inicio, cabe aclarar que cualquier padeciente que esté bajo tratamiento verá reducido con el tiempo el estrés y la ansiedad que comienzan a surgir desde el momento del diagnóstico, pero estrategias o métodos adicionales pueden ser útiles en otras causas que generen desconcierto. En esta estrategia se plantean las siguientes técnicas cognitivas que favorecerán el control del estrés y mejorarán los recursos de afrontamiento:

4.7.3.1 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento busca ser una forma adaptativa de respuesta ante el estrés, destacan los aportes teóricos hechos por Lazarus y Folkman donde se le da especial importancia a la evaluación del estrés en una perspectiva interaccionista.

Como explica Pereyra (2010), las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que sobrepasan los recursos de una persona, es decir, estresantes. En el caso de la diabetes, si se considera estresante por un padeciente, dependerá de sus recursos la manera en que afrontará su problema, pues puede minimizar su problema, ver su padecimiento como una oportunidad para cuidar más de su salud o evadir el tratamiento por completo.

Tradicionalmente, de acuerdo con Pereyra (2010), el modelo de Lazarus y Folkman clasifica las estrategias de afrontamiento en centradas en el problema y centradas en la emoción. En el manejo de la diabetes, las estrategias centradas en el problema han resultado ser más eficaces debido a que algunas basadas en la emoción tienen consecuencias negativas para el padecimiento, como la evitación o el distanciamiento (Grey, 2000)

En el DUPAM actualmente se busca que las personas sigan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Las estrategias actuales son: ejercicio físico, el autocontrol a través de chequeos constantes de glucosa, triglicéridos y otros análisis clínicos. También hay autorregistros de los niveles de glucosa, presión arterial, peso y fatiga, pero aún puede trabajarse en otros aspectos como los siguientes:

4.7.3.1.1 Entrenamiento en respiración.

De acuerdo a Olivares, Maciá, Rosa y Olivares-Olivares (2014) son tres ejercicios básicos y se recomienda realizarlos de dos a tres veces con descansos de dos minutos. La aplicación

puede ser grupal, pero debe de cuidarse la concentración de los asistentes y realizarse en un lugar donde haya pocos distractores. Los ejercicios pueden realizarse acostado o sentado, pero principalmente, en una silla, sillón o un mueble especial donde la persona se sienta cómoda.

- Primer ejercicio: La persona coloca una mano debajo de su ombligo y otra sobre su vientre. Se inhala y se le indica al participante que intente llevar el aire hacia la parte inferior de los pulmones (como se respira normalmente). Si el ejercicio se lleva a cabo de la manera correcta se verá movimiento solo en la mano que se ubica sobre el vientre.
- Segundo ejercicio: llamado por los autores inspiración abdominal y ventral, consiste en llevar el aire de la parte inferior de los pulmones (objetivo del primer ejercicio) hacia el estómago. La prueba de que el ejercicio se ha llevado a cabo correctamente es el movimiento de la mano que está sobre el estómago.
- Tercer ejercicio: en tres tiempos, se busca que la persona haga una inspiración completa. Lo que quiere decir que se tienen que llenar de aire el vientre, el estómago y la zona pectoral.

Durante las exhalaciones, la persona debe mantener los labios entrecerrados. Se puede saber si las exhalaciones son correctas si se escucha un resoplido suave.

En otras sesiones puede trabajarse para volver inhalación-respiración un proceso rítmico, silencioso y que se ponga a prueba el método en situaciones estresantes.

4.7.3.1.2 Relajación muscular progresiva.

La relajación progresiva es una técnica antigua que tiene orígenes en la meditación y el yoga. A lo largo de los años se ha vuelto un proceso sistematizado y su función principal es la de permitir el control de la activación fisiológica de alerta y a partir de esto, mejorar la toma de

decisiones y reducir el estrés. Además, la respiración tiene otros beneficios como mejorar la circulación, reducir la tensión muscular y la fatiga. Se busca que aún bajo situaciones demandantes, el padeciente sea capaz de eliminar la tensión fisiológica y la sensación de estrés o ansiedad que pudieran causarle el vivir con un padecimiento. Los beneficios de la relajación se traducen en evitar problemas clínicos a largo plazo como hipertensión arterial.

Basándose en Olivares et al. (2014), la relajación muscular puede enseñarse en alrededor de 10 sesiones. Se recomienda un lugar silencioso y nuevamente, una silla, sillón o mobiliario adecuado. La persona puede estar acostada o sentada con la barbilla sobre el pecho, debe de usar ropa cómoda y quitarse accesorios como cinturón, pulseras o relojes. Es preferible que se maneje como un proceso individual, para evitar distracciones y darle a cada persona atención y continuidad.

Puede iniciarse con una fase psicoeducativa en donde se le hable a la persona de los beneficios de mantenerse relajado en situaciones difíciles. Se puede desde este momento hacerle notar al padeciente que no se trata de un proceso tan largo y que puede ser realizado por cualquier persona.

Para obtener buenos resultados es necesario que el psicólogo encargado del entrenamiento conozca con anterioridad los supuestos teóricos de la relajación progresiva y sepa aplicar la técnica en él mismo. Una vez que conozca la técnica se le facilitará la enseñanza.

El entrenamiento puede llevarse a cabo en alrededor de 10 sesiones, enseñando al padeciente la diferencia entre tensión-distensión de los distintos grupos musculares. En las primeras sesiones se empleará la relajación en todos los músculos, progresivamente se irá reduciendo el número a lo largo de las sesiones hasta que en las últimas se logre la distensión con facilidad. Es aconsejable una última sesión en donde se repase lo aprendido.

Las instrucciones básicas de acuerdo a Olivares et al. (2014) son las siguientes:

1. La persona, con los ojos cerrados, comienza con ejercicios de respiración. Ahora debe tensar el grupo muscular que se le indique.
2. Centrar la atención en dicho músculo y mantener la tensión por alrededor de 7 segundos
3. Relajar el grupo muscular que se encuentra tenso
4. Intervalos de 40 segundos entre tensión y distensión del grupo muscular.

El cuarto paso tiene por objetivo que la persona descubra por sí misma la diferencia entre el músculo tensionado y relajado. El volumen de voz del psicólogo debe ir bajando a medida que avance la sesión. De acuerdo a los autores, los grupos musculares y el orden son los siguientes:

1. Mano y antebrazo dominantes
2. Brazo dominante
3. Mano y antebrazo no dominante
4. Brazo no dominante
5. Frente
6. Ojos y nariz
7. Boca
8. Cuello
9. Hombros, pecho y espalda
10. Estómago
11. Muslo dominante
12. Pierna dominante
13. Pie dominante
14. Muslo no dominante
15. Pierna no dominante
16. Pie no dominante

Una vez que se ha conseguido la relajación en todo el cuerpo, esta se debe mantener por alrededor de 8 minutos. Después se hace una cuenta regresiva para que la persona abra los ojos y al final puede hacerse una fase de preguntas y se hable de las dificultades.

El objetivo de la relajación progresiva es que la persona logre la distensión muscular en los momentos en donde mencione sentirse estresada. A lo largo del entrenamiento se le puede pedir a la persona que ponga a prueba la relajación en su vida diaria y que complemente el entrenamiento con sesiones personales en casa.

4.8 Fomentar el apoyo social

En este punto y considerando que se propone un plan distinto en el manejo de la diabetes, en donde la persona que presente el padecimiento incremente sus habilidades para enfrentar su condición, es importante que el círculo familiar, cuidadores y amigos puedan influir positivamente.

Una de las maneras en las que se puede incrementar la influencia positiva de otros, que como es sabido, se da en términos instrumentales y subjetivos es brindándole al asistente al DUPAM las herramientas para solicitar y valorar el apoyo social con el que cuenta.

El apoyo de la familia es muy importante. Por ejemplo, el cambio de hábitos grupal (como la alimentación) puede hacerle sentir a la persona con diabetes que es comprendida y valorada. Una manera de incrementar el apoyo del círculo familiar es realizando sesiones semanales de educación en diabetes, pues esto aumenta la comprensión del padecimiento y puede promover el cambio de hábitos.

Es importante evaluar la influencia del apoyo social en los asistentes al programa. Es posible que la influencia de la familia en algunos casos desfavorezca las metas del programa, como el control glucémico. En estos casos, es importante hablar con los familiares e intentar, en la medida de lo posible, hacerles ver su responsabilidad.

4.8.1 DUPAM como grupo de apoyo social

Si bien el programa tiene como objetivo principal el brindar un servicio multidisciplinario a padecientes con diabetes, también funciona como un grupo de apoyo social en el que los pasantes se encargan de ayudar en distintas maneras (servicios, compañía, escucha) al tiempo que dentro del grupo de padecientes se forman grupos en donde comparten experiencias y buenos momentos. El programa también promueve la comprensión y empatía, pues padecientes que llevan años viviendo con diabetes ayudan a otras personas que llevan menos tiempo con el padecimiento y siguen presentando resistencias.

Como menciona Gracia (1997), los grupos de apoyo se enfocan en las necesidades del entorno para una mejora en la vida de las personas. En este aspecto también se ha trabajado desde el DUPAM, pues no solo asisten pacientes con diabetes. Se ha apoyado a personas con hipertensión o sobrepeso, incluso personas que no presentan enfermedades crónicas. Además, se ha trabajado para promover en eventos como ferias de la salud, temas como el apoyo social.

4.9 Evaluación y tratamiento de la depresión

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el diabético está de dos a tres veces más en riesgo de sufrir algún trastorno depresivo y la probabilidad aumenta en mujeres de la tercera edad. Al respecto, se sugiere la aplicación del test de Beck con cierta regularidad (al menos dos veces al año) en todos los pacientes y llevar el registro de los datos. De igual forma en las entrevistas de rutina se propone ahondar en el área de emociones y relaciones interpersonales del paciente para conocer sus estrategias de afrontamiento y así diferenciar a aquellos pacientes con más vulnerabilidades. El proceso que se busca implementar sigue una serie de fases, descritas a continuación:

1. Seguramente surgirán casos en donde se sospecha del estado depresivo de un paciente (comentarios, observación, historia previa o en la entrevista). Desde este momento,

se hará una evaluación exhaustiva a través de la entrevista, el test de Beck y criterios diagnósticos fiables (DSM-IV TR, DSM V)

2. Si se cumplen los criterios suficientes para determinar que el paciente padece un trastorno depresivo mayor o distimia, lo preferible es hacer la remisión a un psiquiatra, pues está comprobado que la terapia farmacológica junto a la psicoterapia son muy eficaces.
3. A partir de la evaluación se diseñará un plan específico para cada paciente, y los objetivos de la psicoterapia estarán encaminados a la eliminación de los síntomas. Modelos como el de la Terapia Racional Emotiva y la teoría de Beck sobre depresión han demostrado su eficacia. Sin embargo, queda a la responsabilidad de los pasantes el método terapéutico que utilicen.
4. Cada sesión se hará una revisión de las expectativas del tratamiento mixto y los resultados. Si los resultados no son favorables, se reevaluará externamente la eficacia de los medicamentos e internamente se pueden implementar cambios en la psicoterapia.
5. Si los resultados son favorables y se notan progresos, los esfuerzos se centrarán en enseñar al paciente a evitar y enfrentar recaídas. A partir de aquí se vuelve a la etapa de monitoreo.

4.10 Adaptación psicosocial y calidad de vida

Calidad de vida es un concepto multidimensional que puede ser evaluado de distintas maneras. La prueba psicométrica diabetes 39 es un indicador objetivo validado en México que permite al especialista darse una idea de cómo el padeciente asimila su condición, pero no es la única manera de evaluar el concepto.

En la evaluación será importante la información recabada de la entrevista clínica y la información obtenida de los cuidadores o familiares. En las notas de evolución pueden incluirse

las ideas y percepciones del padeciente sobre que tan bien cree vivir (citas textuales). Si la persona lo permite podrían incluirse grabaciones o videos que podrían usarse en el futuro para hacer notar las mejoras a partir del tratamiento.

Sobre los aspectos a evaluar, es de mencionar la clasificación de Livneh (2001), que considera la subjetividad y el entorno social. El autor agrupa los aspectos en intrapersonal, interpersonal y extrapersonal y son de destacar los siguientes:

Salud: Incluido en la categoría intrapersonal. Se puede conocer más de este aspecto a partir de los resultados de análisis clínicos y el historial clínico de síntomas o complicaciones. Livneh incluye también independencia, autosuficiencia y las percepciones del padeciente sobre su salud.

Indicadores psicológicos: Son intrapersonales y pueden ser evaluados objetivamente a partir de criterios diagnósticos claros (como los del DSM). Otros indicadores se refieren a la presencia/ausencia de conductas de adaptación, es decir, si la persona presenta alguna adicción, esto podría indicar negación. Por el contrario, si el padeciente asiste con regularidad a hacer ejercicio, se trata de un signo de adaptación psicosocial.

La valoración subjetiva con respecto a sí mismo, su estado de ánimo, bienestar general, emociones y vivencias son otros indicadores a tomar en cuenta.

Área familiar y marital: Pertencientes a la categoría interpersonal. Puede considerarse en la evaluación la relación con los integrantes de la familia, si se producen conflictos a raíz del padecimiento. También se considerará si la persona ha podido cumplir con sus obligaciones y su rol dentro de su círculo familiar.

Relaciones interpersonales: Los indicadores en esta área se dan en términos de las habilidades para relacionarse con otros, empatía, solución de problemas y el funcionamiento social en el trabajo, el hogar y otros lugares a donde la persona asista comúnmente.

Trabajo: De naturaleza extrapersonal, se considera el salario, el gusto y las habilidades en el puesto que se lleve a cabo.

Ambiente: Extrapersonal. Se trata de evaluar el nivel de independencia y satisfacción con las condiciones de vida actuales. Se puede considerar, por ejemplo, si la persona se preocupa por el aseo de su hogar o se involucra en actividades de su comunidad.

Actividades recreativas: Se considera el número y tiempo invertido en los distintos pasatiempos del paciente.

4.11 Batería de pruebas psicológicas

Se presentan una serie de pruebas psicométricas que ayudarán en la evaluación psicológica de los pacientes del DUPAM. Se hace la recomendación para integrar pruebas de personalidad (MMPI-2), test proyectivos en la evaluación de rutina.

4.11.1 Diabetes 39

- Concepto: Calidad de vida

Se entiende como la evaluación global que una persona hace de su vida con base en sus características y en factores externos como su salud o alimentación. El concepto en relación con la salud incluye dimensiones físicas, psicológicas y sociales. La evaluación de calidad de vida depende en gran medida de la subjetividad de la persona.

- Historia del instrumento

Originalmente surgió en Estados Unidos por G. Boyer. Posteriormente se adaptó a población española y en 2006 se adaptó en México con algunas correcciones en los ítems para facilitar su comprensión.

- Evaluación del test

La prueba consta de 39 reactivos que se agrupan en cinco secciones

- Energía-Movilidad (15 ítems)
- Control de la diabetes (12 ítems)
- Ansiedad preocupación (4 ítems)
- Carga social (5 ítems)
- Funcionamiento sexual (3 ítems)

Los pacientes anotan en una escala del uno al siete, que tan afectada se ve su vida, de acuerdo a cada ítem.

Hay otras dos dimensiones que evalúa el instrumento:

- Calidad de vida global (calificada en una escala del 1 al 7)
- Severidad de la diabetes (calificada en una escala del 1 al 7)

- Validación en México

Se usó el coeficiente de correlación de Spearman para medir la consistencia test-retest (resultó ser >70 en todas las secciones, el total y severidad de la diabetes). La consistencia interna es alta en dimensiones y puntaje total (alfa de Cronbach > 0.7)

- Calificación del instrumento

Se usa una fórmula para evaluar cada dimensión en una escala del 0 al 100:

- Energía y movilidad:

$[(\text{Calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$

- Control de la diabetes:

$[(\text{Calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$

- Ansiedad-preocupación:

$[(\text{Calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$

- Carga social:

$[(\text{Calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$

- Funcionamiento sexual:

$[(\text{Calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$

- Calificación total:

$[(\text{Calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$

- Calidad de vida:

$[(\text{Calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$

- Severidad de la diabetes:

$[(\text{Calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$

La puntuación total refleja que tan afectada se ve la calidad de vida debido a la diabetes.

4.11.2 Inventario de depresión de Beck.

Se trata de un autoinforme de 21 ítems referentes a síntomas depresivos experimentados en la semana previa a la aplicación del instrumento. Utiliza una escala tipo Likert. Véase Anexo 8.

Si bien el test de Beck no está basado en una teoría sobre la depresión, está basado en los síntomas de depresión que aparecen en el DSM-IV y CIE 10.

Los puntajes de severidad de la prueba van de 0 a 63, donde 63 representa la máxima severidad.

El instrumento fue validado en México por Jurado, et al., (1998), con un alfa de Cronbach de .87

- Puntajes

En la población mexicana se determinan de la siguiente manera

Tabla 12.
Puntajes del test de Beck para población mexicana.

<i>Nivel de depresión</i>	<i>Puntaje crudo</i>
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 63

4.11.3 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se usan para medir dos mediciones distintas de la ansiedad: La llamada ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y ansiedad-estado (A-Estado). Se ha usado en muestras normales, en pacientes psiquiátricos, hospitalizados, quirúrgicos, así como en estudiantes y niños (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975)

Ansiedad-Estado (A- Estado): Escala que considera a la ansiedad como condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión subjetivas, percibidas de manera consciente y que elevan la actividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar a través del tiempo. La escala puede utilizarse en la investigación para determinar los niveles reales de intensidad inducidos por procedimientos experimentales de tensión.

Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo): Escala que evalúa una propensión ansiosa, relativamente estable. Hace referencia a diferencias individuales, relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a

situaciones percibidas como amenazantes. Puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en susceptibilidad a la tensión psicológica.

- Calificación

A- Estado

- 1) La escala A- Estado cuenta con 10 ítems positivos de ansiedad y 10 negativos, por lo tanto, primero se determinan la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos redactados en positivo (Total A).
- 2) Se resta la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos inversos (Total B)
- 3) Se suma la constante (el valor es igual a cinco veces el número total de reactivos inversos)
=50
- 4) La calificación se compara con los cortes de nivel de ansiedad

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

A- Rasgo

- 1) Cuenta con 13 ítems positivos y 7 negativos. Entonces primero se determina la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos redactados en positivo (Total A).
- 2) Se resta la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos inversos (Total B).
- 3) Se suma la constante, en este caso =35
- 4) La calificación se compara con los cortes de nivel de ansiedad.

Nivel de ansiedad

Bajo (<30)

Medio (30-44)

Alto (>45)

4.11.4 Cuestionario de estrés asociado a diabetes (PAID)

Originalmente diseñado y usado por Polonsky et al. (1995), el PAID (Problem Areas in Diabetes Survey) consiste en veinte reactivos tipo Likert que describen eventos estresantes que suelen vivir las personas con diabetes. La escala originalmente estaba compuesta por un solo factor (distrés), posteriormente comenzaron a evaluarse otras cuatro variables (Del Castillo & Reyes, 2010): emociones negativas, problemas asociados al tratamiento, problemas asociados al plan alimenticio y falta de apoyo social.

El instrumento ha sido validado por Del Castillo y Reyes (2010) con una confiabilidad de 0.9023. Consta de 16 reactivos que evalúan las dimensiones:

- Emociones negativas (siete ítems, alfa de 0.85)
- Problemas relacionados con el tratamiento (seis ítems, alfa de 0.83)
- Problemas relacionados con el apoyo (tres ítems, alfa de 0.76)

Referencias

- Achton, A. (2013). Diabetic Ketoacidosis: New insights for the healthcare professional. Estados Unidos: Scholarly Editions.
- American Diabetes Association, [ADA], (2017). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*. 40 (S1). S1–S131. Recuperado de:
http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
- Amezcuá, M. (2000). Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, 4(7-8), 60-67. doi: 10.14198/cuid.2000.7-8.08
- Anderson, R. M. & Funnell M. M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.025
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Argente, H. A. & Álvarez, M. E. (Eds.). (2008). *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente*. Buenos Aires: Panamericana.
- Azzollini, S. & Bail, P. V. (2010). La relación entre locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de investigaciones*. 17. 287-297. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100028

- Banderas, D. A., Espinoza, E. & Zermeño, M, G. (2017). Respuesta al trauma metabólico en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. En J. L. Morales (Ed.), *Tratado de cirugía general*. México: Manual Moderno.
- Barnard, K. D., Lloyd, C. E. & Holt, R. I. (2012). Psychological Burden of Diabetes and What it means to People with Diabetes. En K. Barnard & C. Lloyd (Eds.), *Psychology and Diabetes Care* (pp. 1-22). doi: 10.1007/978-0-85729-573-6
- Barraza-Lloréns, M., Guajardo-Barrón, V., Picó, J., García, R., Hernández, C., Mora, F., Athié, J., Crable, E. & Urtiz, A. (2015). *Carga económica de la diabetes mellitus en México*. Recuperado de: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/08/Carga-Economica-Diabetes-en-Mexico-2013.pdf>
- Bowen, M. y Rothman, R. (2010). Multidisciplinary management of type 2 diabetes in children and adolescents. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 3, 113-124. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004606/>
- Buendía, J. (Comp.) (2001). *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales*. España: Universidad de Murcia.
- Bustos, R., Barajas, A., López, G., Sánchez, E., Palomera, R. & Islas, J. (2007). Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos en medicina familiar*, 9(3), 147-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711441005>
- Campos-Navarro, R., Torres, D. & Arganis-Juárez E. N. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1271-1279. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500019

Cardoso, M. A. (2000). La cultura del diabético: factor esencial para el control de su enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria. *Salud problema*, 5(9), 49-58. Recuperado de: http://bidi.xoc.uam.mx/resumen_articulo.php?id=253&archivo=4-19-253qbz.pdf&titulo_articulo=La%20cultura%20del%20diab%20E9tico:%20factor%20esencial%20para%20el%20control%20de%20su%20propia%20enfermedad.%20Una%20perspectiva%20multidisciplinaria

Cardoso, M. A. (2001). La cultura: un factor determinante en el tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. *Estudios de antropología biológica*, 10(1), 315-332. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/43041>

Cardoso, M. A., Zarco, A., Aburto, I. A. & Rodríguez, M. A. (2014). Paciente: Un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5), 32-42. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/publicaciones.cgi?IDREVISTA=21&NOMBRE=Revista%20de%20la%20Facultad%20de%20Medicina%20UNAM>

Carranza, F. A., & Sznajder, N. G. (1996). *Compendio de periodoncia*. Argentita: Panamericana.

Castro, R. (1997). La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*, 31(4), 425-435. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Ciencia y práctica. España: Desclée de Brouwer.

- Coca, A., Aranda, P.A. & Redón, J. (2009). Diagnóstico, Evaluación clínica, estratificación del riesgo cardiovascular global y bases generales del tratamiento del paciente hipertenso. En Autores (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp. 3-80) Madrid: Panamericana.
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J. E., Salazar-Estrada, J. G., & Ángel González, M., (2008). Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Revista salud pública*. 10(1). 137-149. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642008000100013&script=sci_abstract&tlng=es
- Cuesta, A. L. & Sabán, J. (2009). La obesidad como entidad pluripatológica. Epidemiología. Sistemas neurohormonales. En J. Sabán (Ed.). *Control Global Del Riesgo Cardiometabólico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- De los Ríos, J.J., Sánchez, P., Barrios, V. & Guerrero, S. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica IMSS*. 42(2). 109-116. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=1977>
- De Quadros, C., A. (2004). *Vacunas. Prevención de enfermedades y protección de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Del Castillo, A., Guzmán, R., García, M. & Martínez, C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de estrés en pacientes con diabetes tipo II. En S. Galán & E. Camacho. (Eds.), *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 191-208). México: Manual Moderno.
- Del Castillo, A. & Reyes, I. (2010). Validación convergente y divergente del cuestionario de áreas problema en diabetes (PAID) en población mexicana. En M. García, A. Del Castillo,

R. Guzmán & J. Martínez (Eds.), *Medición en psicología: del individuo a la interacción*.

Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/12237>

Del Prato, S. & Felton, A-M. (2006). Control glucémico: Acortar distancias entre la recomendación y la práctica. *Diabetes Voice*, 51(1). 15-18. Recuperado de: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_397_es.pdf

Díaz-Guerrero, R. (1984). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.

Ellis, A. & Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer.

Fabián, M. G., García, M. C. & Cobo, C. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna de México*, 26(2), 100-108. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=25297>

Fisher, L., Glasgow, R. E., Mullan, J. T., Skaff, M. M. & Polonsky, W. H. (2008). Development of a brief Diabetes Distress Screening Instrument. *Annals of family medicine*, 6(3), 246-252. Recuperado de: <http://www.annfammed.org/content/6/3/246.full.pdf+html>

Fisher, L., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R., Hessler, D. & Masharani, U. (2010). Diabetes Distress but Not Clinical Depression or Depressive Symptoms Is Associated with Glycemic Control in Both Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Diabetes Care*, 33, 23-28. doi: 10.2337/dc09-1238

- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J.T., Arean, P., Mohr, D., Masharani, U., Glasgow, R. & Laurencin, G. (2007). Clinical depression Versus Distress Among Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 542-548. doi: 10.2337/dc06-1614
- Freimer, N., Echenberg, D., & Kretchmer, N. (1983). Cultural variation- nutritional and clinical implications. *The western journal of medicine*, 139(6), 928-933. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011027/>
- Fundación IDEA. (2014). *¿Cómo vamos con la diabetes?* Recuperado de: http://www.lillyglobalhealth.com/en/media/pdfs/libro_diabetes.pdf
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of diabetes. *Clinical diabetes*, 22(3), 123-127. doi: 10.2337/diaclin.22.3.123
- Funnell, M. M., Tang, T. S. & Anderson, R. M. (2007). From DSME to DSMS: Developing Empowerment-Based Diabetes Self-Management Support. *Diabetes Spectrum*, 20(4), 221-226. doi: 10.2337/diaspect.20.4.221
- García, A, M. (2012). *La pérdida y el duelo: Una experiencia compartida*. España: Bubok.
- García, J. E., Salcedo, A.L. & López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*, 21, 97-108. Recuperado de: <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1383/1186>
- García-Ramos, A. E., Cruz-Domínguez, M. P., Madrigal-Santillán, E. O., Morales González, J. A. & Vera-Lastra, O. L. (2015). Manejo de la hiperglucemia en pacientes hospitalarios. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 192-199. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152n.pdf>

- Grey, M. (2000). Coping and diabetes. *Diabetes Spectrum*, 13(3), 167. Recuperado de:
<http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg167.htm>
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P. & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes Mellitus en México. El estado de la Epidemia. *Salud Pública de México*, 55. S129-S136. Recuperado de:
<http://bvs.insp.mx/rsp/anteriores/numero.php?year=2013&vol=55&num=2&tipo=suplemento>
- Hernández, J. & Álvarez, F. J. (2009). Psicopatología y diabetes mellitus. En F. Tébar & F. Escobar (Eds.), *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica* (451-456). Madrid: Panamericana.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O & Díez, J. (2007). Health Related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(1), 45-52. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2112>
- Holt, R. I., De Groot, M. & Hill, S. (2014). Diabetes and depression. *Current Diabetes Reports*, 14(6), [491]. doi: 10.1007/s11892-014-0491-3
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012). *Diabetes en Adultos: Urgente mejorar la atención y el tratamiento*. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2014/11/ensanut2012desglosadodiabetes.pdf>

International Diabetes Federation [IDF]. (2007). Educación para la diabetes [Edición Especial].

Diabetes Voice, 52. Recuperado de:

https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_53_es.pdf

International Diabetes Federation [IDF]. (2014). *Global diabetes scorecard. Tracking progress for action*. Recuperado de: <http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/>

International Diabetes Federation [IDF]. (2015). *IDF Diabetes Atlas*. Recuperado de:

<http://www.diabetesatlas.org/>

Isla, P., Moncho, J., Guash, O., & Torras, A. (2008). Proceso de adaptación a la diabetes tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descritas por Kubler-Ross.

Endocrinología y Nutrición. 55(2). 78-83. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2692095>

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck

para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. Recuperado de:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11318&id_seccion=3&id_ejemplar=1169&id_revista=1

Knol, M. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Snock, F. J. & Pouwer, F. (2006).

Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis.

Diabetologia. 49. 837-845. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520921>

Lara, M. C., Jacobs, E. A., Escamilla, M. A. & Mendenhall, E. (2014). Depression among

diabetic woman in urban centers in Mexico and the United States of America: A

comparative Study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(4), 225-231. Recuperado

de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000900003

Lazcano, M. & Salazar, B. C. (2006). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Aquichan*, 7(7), 77-84. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/toc.oa?id=741&numero=7421>

León, J. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. España: UOC.

Lerman, I. (2009). Barreras que dificultan la aplicación temprana de insulina en el paciente con diabetes tipo 2. *Alad*, 27(2), 66-68. Recuperado de: http://www.revistaalad.com/pdfs/0906_BarrDif.pdf

Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. Estados Unidos: Academic press.

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowsky, P., Ludman, E. J., Bush, T. & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*, 27(9), 2154-2160. Recuperado de: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/9/>

Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(3), 151-160. doi: 10.1177/003435520104400305

Lloyd, C. E. (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes Voice*. 53 (1). 23-26. Recuperado de: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf

- Lloyd, C. E., Roy, T., Nouwen, A., & Chauhan, A. M. (2012). Epidemiology of depression in diabetes: international and cross-cultural issues. *Journal of Affective Disorders*, 142(Suppl.), S22- S29. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70005-8
- López, J. M. & Rodríguez, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 48(3), 200-211. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648304>
- Martínez-Conde, A., Paredes, C. & Zacarías, R. (2002). Neuropatía Diabética. *Revista del hospital general Dr. Manuel Gea González*, 5(1-2), 7-23. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg021-2b.pdf>
- Mata, M., Roset, M., Badia, X., Antoñanzas F., & Ragel, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención primaria*. 31(8). 493-499. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-diabetes-mellitus-tipo-2-13047730>
- Mediavilla, J. J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Semergen*, 27,132-135. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-complicaciones-diabetes-mellitus-diagnostico-tratamiento-S1138359301739317>
- Meetoo, D. & Gopaul, H. (2005). Empowerment: giving power to people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 9(1), 28-32. Recuperado de: <http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/archive/issue/9-1-2005/>
- Membreño, J. P. & Zonana, A. (2005). Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*

Social, 43(2), 97-101. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=2576>

Méndez, F. & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/15379/1/Mendez_Belendez_Variables_emocionales.pdf

Mercado, F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Miller, T. & DiMatteo, M. R. (2013). Targets and Therapy. 6. 421-426. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 6, 421-426. doi: 10.2147/DMSO.S36368

Miralles, J. M. (2009). Enfermedad vascular periférica y diabetes mellitus. Actitud diagnóstica y tratamiento. En F. Tébar & F. Escobar (Eds.), *La diabetes mellitus en la práctica clínica* (pp. 321-326). España: Panamericana.

Molina, A., Acevedo, O., Yáñez, M.E., Dávila, R. & González, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 18(1), 13-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333003>

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el transcurso salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud pública de México*, 49(1),

63-70. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009

Moreno-Altamirano, L., Silberman, M., Hernández-Montoya, D., Caprano, S., Soto-Estrada, G., García, J.J. & Sandoval-Bosh, E. (2015). Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. *Gaceta médica de México*, 151(3), 354-368. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60115>

Moreno-Sánchez, E. (2012). Caracterización social urbana y territorial de la región oriente del Estado de México. *Quivera*, 14(1), 2-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40123894001>

Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. México: Pearson.

Moscovici, S. (1984). *Psicología social II*. España: Paidós.

Navarra, B. G. (2015). Alternativas terapéuticas quirúrgicas para la obesidad. En I. Balderas. *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico. Un abordaje multidisciplinario*. México: Manual moderno.

Nazar-Beutelspacher, A. & Salvatierra-Izaba, B. (2010). Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles de población*. 16. 67-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11213747004>

Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.

Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999. Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

Oblitas, L. A. (2003). Psicología de la salud. En L. Flórez (Ed.), *El legado de Rubén Ardila:*

Psicología de la biología a la cultura. (pp. 229-259). Recuperado de:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/1314/>

Olivares, J. O., Maciá, D., Rosa, A. I. & Olivares-Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica.*

Estrategias, técnicas y tratamientos. España: Pirámide.

Organización Mundial de la salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de las*

enfermedades no transmisibles. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de*

orientación. Recuperado de: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Oviedo, M. A., Espinosa, F., Reyes, H., Trejo, J. A. & Velázquez, E. (2003). Guía clínica para el

diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 4. S27-S46. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031d.pdf>

Palmer, R. & Soory, M. (2008). Factores modificadores. En J. Lindhe, N. A. Lang & T. Karring.

(Eds.), *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica.* España: Panamericana.

Peretta, M., D. (2005). *Reingeniería farmacéutica. Principios y protocolos de la atención al*

paciente. Buenos Aires: Panamericana.

Pereyra, M. (2010). Estrés y salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud* (pp. 214-245).

México: Cengage learning.

Pérez-Escamilla & Putnik, P. (2007). The role of acculturation in nutrition, lifestyle and incidence of type 2 diabetes among latinos. *The journal of nutrition*, 137(4), 860-870. Recuperado de: <http://jn.nutrition.org/content/137/4/860/F1.expansion>

Pineda, N., Bermúdez, V. & Cano, C., (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 23(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55923113>

Piña, J. A. Ybarra J. L. & Fierros L. E. (2012). La conceptualización del fenómeno estrés en psicología y salud: su abordaje a la luz de un modelo de adhesión. En S. Galán & E. Camacho. (Eds.), *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 3-16). México: Manual Moderno.

Polonsky, W. H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J. E. & Schwartz, C. E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760. Recuperado de: <http://care.diabetesjournals.org/content/18/6/754>

Ponce, J., Velázquez, A., Márquez, E., López, L. & Bellido, M. (2009). Influencias del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Índex de enfermeria*. 18(4). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002

Reynoso-Camacho, R., González-Jasso, E. & Salgado L. M. (2007). La alimentación del mexicano y la incidencia de diabetes tipo 2. *Revista especializada en ciencias químico biológicas*, 10(1), 36-38. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43211941005>

- Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Delgado, M. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Jiménez-Luna, J., López Ocaña, L. R. & Chacón-Sánchez, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 546-561. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=62756>
- Rojo, J. A. (2004). El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Panacea*, 2(15), 30-36. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-DiazRojo.pdf
- Roldán, A. M., & Rivera, J.R. (2008). Descompensaciones agudas de la diabetes mellitus. En J. Fortuna, J. Rivera, A. Roldán, L. Fierro, A. Pizaña, M. Mendoza & J. Navarro, *Protocolo de atención del paciente grave* (p.p. 169-174). México: Panamericana
- Román-Álvarez, J., Enríquez-Martínez, R M., García-Barjau, H., Morales-Ramón, F., Cruz-León, A. & Rivas-Acuña, V; (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1) 30-35. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
- Rovira, A. & Ortega, M. T. (2010). Diabetes. Complicaciones metabólicas agudas. En L. Pallardo, T. Lucas, M. Marazuela & A. Rovira, *Endocrinología clínica* (pp. 283-281). España: Díaz de Santos.
- Salcedo-Rocha, A. L., García, J. E., Frayre-Torres, M. J. & López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 73-81. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=32741>

- Salcedo-Rocha, A., García, J.E. & Sevilla, E. (2008). Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 256-264. doi: 10.1590/S0034-89102008000200010
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriolad, L. & Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *Avances en diabetología*. 27(3). 78-87. Recuperado de: <https://medes.com/publication/69376>
- Secretaría de salud [SSA]. (2008). *Protocolo de psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes*. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/ManualProcedimientos_atencion_pacientes_UNEME_ECsobrepeso_RCV_DM.pdf
- Secretaría de Salud [SSA]. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Informe final de resultados*. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- Secretaría de Salud [SSA]. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
- Serrano, C. I., Zamora, K. E., Mirel, M. & Villareal, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de México*, 28(4), 325-328. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=86541&id_seccion=1479&id_ejemplar=8526&id_revista=47
- Siqueira, D., Dos Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(6). Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci_arttext&tlng=es

Silva, F., Sartore, A. C. & Alves, S. A. (2011). Locus de control en salud y autoestima en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. 45(4). 853-859. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400009

Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Rabasa-Lhoret & Schmitz, N. (2012). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 74(2), 89-99. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.11.013

Snoek, F. (2002). Comprender el lado humano de la diabetes. *Diabetes Voice*. 47(2). 37-40. Recuperado de: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_157_es.pdf

Sosa, I., Pérez, A., Mayán, G. & Oñate, M. (2010). Urgencias Periodontales en el paciente diabético. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(5). 622-629. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9s5/rhcm04510.pdf>

Spielberger, R. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: Manual Moderno.

Surwit, R. & Schneider, M. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic medicine*, 53(4), 380-393. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8105502>

- Tébar, F. J. & Escobar, F.E. (2009). *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica*. Madrid: Panamericana.
- Theofilou, P. & Saborit, A. R. (2012). Health Locus of Control and Diabetes Adherence. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. S3: e002. Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/069c/d6a0cf81f4f0e69cdc4cbfb2371d03c55476.pdf>
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I. & Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes care*, 26(8), 2311-2317. doi: 10.2337/diacare.26.8.2311
- Tovilla-Zárate, C., Juárez-Rojop, I., Peralta, Y., Jiménez, M. A., Vázquez, S., Bermúdez-Ocaña, D., Ramón Frías, T., Genis, A. D., Pool, S. & López, L. (2012). Prevalence of Anxiety and Depression among Outpatients with Type 2 Diabetes in the Mexican Population. *PLoS ONE*, 7. doi: 10.1371/journal.pone.0036887
- Van der Ven, N., Weinger, K. & Snoek, F. (2002). Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes Voice*, 47(3), 10-13. Recuperado de:
https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_118_es.pdf
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar calidad de vida. *Salud pública de México*. 44(5). 448-463. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000500010
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina* 8(1), 123-136. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100010&lng=en&tlng=es

Viniegra-Velázquez, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del instituto mexicano del seguro social*, 44(1), 47-59.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745531007>

Willman, D. E. & Harris, N. O. (2005). El papel de la placa dentobacteriana en la etiología y en el progreso de la enfermedad periodontal. En N. Harris & F. García-Godoy (Eds.), *Odontología preventiva primaria*. (pp. 53-66). México: Manual Moderno.

World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic* (WHO Technical Report Series 894). Recuperado del sitio de internet de WHO: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

Anexos

Anexo 1: Formato de expediente psicológico DUPAM



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F2: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE REFERENCIA

Fecha: ___ / ___ / _____

No. Expediente: _____

Clínica universitaria de referencia:

- | | |
|--|--|
| 1. Aurora <input type="checkbox"/> | 6. Reforma <input type="checkbox"/> |
| 2. Benito Juárez <input type="checkbox"/> | 7. Tamaulipas <input type="checkbox"/> |
| 3. Estado de México <input type="checkbox"/> | 8. Zaragoza <input type="checkbox"/> |
| 4. Los Reyes <input type="checkbox"/> | 9. Otra: <input type="checkbox"/> Mencione cuál: _____ |
| 5. Nezahualcóyotl <input type="checkbox"/> | |

Domicilio: _____

Calle y número

Colonia

C.P.

Delegación/Municipio

II. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

CURP: _____

Sexo: Masculino Femenino

Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____ / ___ / _____

Ultimo grado de estudios:

- | | |
|---|--|
| 1. Sin escolaridad <input type="checkbox"/> | 4. Bachillerato <input type="checkbox"/> |
| 2. Primaria <input type="checkbox"/> | 5. Licenciatura <input type="checkbox"/> |
| 3. Secundaria <input type="checkbox"/> | 6. Otros estudios: _____ |

Ocupación:

1. Hogar/ama de casa
2. Comercio formal
3. Comercio Informal
4. Empleado(a)
5. Obrero(a)
6. Profesionista
7. Otra: _____

Religión:

1. Católica
2. Cristiana
3. Protestante
4. Testigo de Jehová
5. Otra: _____

En su religión usted es: Creyente

Practicante Ambas

Domicilio: _____

Calle y número

Colonia

C.P.

Delegación/Municipio

Teléfono particular (con lada): _____

Teléfono celular: _____

E-mail: _____

III. GENOGRAMA FAMILIAR

IV. DATOS DEL RESPONSABLE/CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Tipo de relación con el paciente:

1. Familiar
2. Tutor(a)
3. Responsable jurídico
4. Responsable institucional
5. Otro: _____

Teléfono particular (con lada): _____

Teléfono celular: _____

E-mail: _____

V. MOTIVO DE CONSULTA

5.1 Problemática actual:

5.2 Antecedentes del problema

5.3 Diagnóstico(s) previos

VI. POSTURA DEL PACIENTE

6.1 En este momento ¿Qué lo motivó a buscar atención psicológica?

6.2 Causalidad atribuida al problema (¿a qué atribuye su situación?)

6.3 Intentos previos de control y resultados: ¿Qué ha hecho para resolver el problema o sentirse mejor?

6.4 ¿Qué tan severo es su problema para usted? Y mencione ¿Por qué?

VII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

7.1 Actualmente, ¿Cuáles son los cambios que quiere hacer?

7.2 ¿Cuáles son las razones por las que quiere cambiar?

7.3 ¿Qué pasos cree usted debe seguir para lograr estos cambios?

7.4 *¿Quiénes podrían apoyarle en estos cambios? Y ¿cómo?*

QUIÉNES	CÓMO

7.5 *¿Qué facilitaría estos cambios?*

7.6 *¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir en su plan de cambio?*

7.7 *¿Cómo sabrá si el plan de cambio funcionó?*

VIII. EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA

8.1 *¿Qué espera de esta terapia psicológica?*

IX PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

9.1 *Actualmente, ¿Qué le preocupa acerca de su salud? Y ¿Por qué?*

9.2 *¿Qué problemas de salud ha tenido en los últimos años?*

9.3 *¿Qué ha hecho para resolverlos?*

9.4 En los últimos seis meses, ¿Cómo calificaría su estado de salud? Y ¿Por qué?

Bueno

Regular

Malo

9.5 ¿Cuáles de los siguientes problemas se presentaron o están presentes en los miembros de su familia inmediata (padres, hermanos, abuelos?)

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Alcoholismo
4. Adicciones
5. Violencia
6. Enfermedades crónico degenerativas
7. Trastornos alimentarios
8. Discapacidad
9. Otras: _____

X BIENESTAR PSICOLÓGICO

En los últimos seis meses:

10.1 ¿Qué tan capaz se percibe a Usted mismo para enfrentar y resolver sus problemas? ¿Por qué?

10.2 ¿Qué emociones o sentimientos han interferido (positiva o negativamente)?

10.3 Describa, cómo es la relación entre Usted y sus familiares más cercanos:

10.4 ¿Quiénes son las personas que le han apoyado o ayudan para tomar decisiones importantes, realizar actividades o escucharle cuanto tiene algún problema?

10.5 ¿Qué le ha hecho sentirse tenso, en conflicto o estresado?

10.6 ¿Qué lo ha hecho sentirse tenso, en conflicto o estresado?

10.7 En este momento ¿Cómo califica su estado de bienestar? Y ¿Por qué?

Bueno

Regular

Malo

10.8 En este momento ¿Hay algo más que quisiera comentar y que sea importante para usted?

OBSERVACIONES:

Nombre del Prof. / Terapeuta responsable

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta responsable:

Hora de término: _____

Anexo 2: Cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación y conteste colocando una cruz (x) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

6. Estar preocupado (a) por su futuro

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

8. Tensiones o presiones en su vida

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

9. Sensación de debilidad

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

12. Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

13. No poder hacer lo que quisiera

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

14. Tener diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

15. El descontrol de su azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

16. Otras enfermedades aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

18. El tiempo requerido para controlar su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

20. La vergüenza producida por tener diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

22. Sentirse triste o deprimido

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

24. Tener bien controlada su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

25. Complicaciones debidas a su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con su casa

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

31. Tener que organizar su vida cotidiana en torno a la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima Calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas

Anexo 3: IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Estoy alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente **generalmente***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a)	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

Anexo 4: Cuestionario de estrés asociado a diabetes (PAID)

Instrucciones: ¿Cuáles de los siguientes temas relacionados con la diabetes constituyen un problema para usted? Marque con una “X” la opción con la que más esté de acuerdo:

	Problema grave	Problema relativamente grave	Problema moderado	Problema menor	No es un problema
1. El sentirse asustado cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad.					
2. Las situaciones sociales incómodas que se relacionan con el cuidado con su diabetes.					
3. El que no le permitan comer de todo.					
4. El sentirse triste cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad.					
5. El no saber si lo que siente o cómo se siente tiene que ver con esta enfermedad.					

	Problema grave	Problema relativamente grave	Problema moderado	Problema menor	No es un problema
6. Sentirse fastidiado por la diabetes.					
7. El sentirse preocupado por lo que le pasa cuando le baja el azúcar					
8. El sentirse enojado cuando piensa lo que será de hoy en adelante su vida con esta enfermedad.					
9. El estar preocupado todo el tiempo por la comida y por lo que come.					
10. El preocuparse por la posibilidad de tener complicaciones graves en su salud en el futuro.					
11. El sentirse culpable cuando no sigue su tratamiento.					
12. El no aceptar su enfermedad.					

	Problema grave	Problema relativamente grave	Problema moderado	Problema menor	No es un problema
13. El sentirse a diario desgastado mental y físicamente por su diabetes.					
14. El sentir que está solo con su diabetes.					
15. El sentir que sus amigos y familiares no lo apoyan lo suficiente para seguir su tratamiento.					
16. El enfrentar las complicaciones de su enfermedad.					

Anexo 5: Autorregistro de pensamientos automáticos asociados a la diabetes

Fecha	Situación que me incomoda	Respuesta cognitiva (qué pienso)	Reacciones físicas (qué siento)	Reacción motora (qué hago)	Resultado

Anexo 6: Autorregistro del manejo general de diabetes mellitus tipo 2

Día	Cuidados	Ejercicio	Medicamento	Cuidado de pies	Azúcar en la sangre	Presión arterial	Pulso cardiaco	Cuidado bucal	Estado emocional, social y funcional
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									

Anexo 7: Registro multidisciplinario de citas y observaciones

Disciplina	Citas				
Medicina					
Odontología					
Psicología					
Observaciones					

Anexo 8: Test de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

-Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo