



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"¿Cómo el apoyo psicológico mejorará la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes tipo 2?"

T E S I S I N A ▾
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA ▾
P R E S E N T A (N)

Lucía Jocelyn Andrade López

Directora ▾ Lic. ▾ María Salomé Ángeles Escamilla

Dictaminadores: Lic. ▾ Marco Vinicio Velasco del Valle

Lic. ▾ Adela Padilla del Toro



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Pienso que en la vida hay personas que son piezas clave para lograr y conseguir tus objetivos, esas personas que hacen que el camino sea más ameno y disfrutan contigo tus victorias y te acompañan en los momentos complicados. Por fortuna, me doy cuenta de que estoy rodeada de seres humanos extraordinarios que me impulsan para seguir sin importar las adversidades.

En primer lugar, quiero agradecer el apoyo incondicional que ustedes me han dado, mamá y papá, ustedes han sido la base de mi crecimiento, me educaron con amor y con mucha paciencia y me han enseñado que puedo lograr cualquier cosa siempre que yo crea en mí. A ti mamá por enseñarme que los límites están solo en nuestra cabeza y por darme el ejemplo de que con perseverancia y esfuerzo puedes lograr grandes cosas, porque me has cuidado y amado a tu manera y te esfuerzas por seguir siendo ese ejemplo de vida para mí. A ti papá por estar siempre, por escucharme, entenderme y motivarme a ser mejor persona día con día, gracias porque cuando llegó el momento de soltarme lo hiciste, manteniéndote cerca por si en algún momento necesitaba de ti. Gracias porque han estado conmigo y para mí durante 24 años y estoy agradecida de que ustedes hayan sido las personas que me formaron porque gracias a eso hoy en día soy el ser humano que soy.

A ti Yazid porque aun siendo tan chiquito entendiste cada parte de este proceso. Tú eres luz para mí y trato de ser una persona que pueda guiarte para que seas una persona de provecho el día de mañana. Tu llegada a mi vida le dio otro sentido y eres el motivo por el que vale la pena levantarse todos los días para seguir trabajando por lo que quiero y para seguir disfrutando de tu compañía mientras guio tus pasos. Te amo hijo.

A mi familia y mis primos, ustedes que me han acompañado también durante este camino, por estar al pendiente, por preguntar e involucrarse en mi tema de titulación y por motivarme a no dejar esta meta que vale la pena. A ti abuelito Chuy, a ustedes tíos y tías que estuvieron presentes: tío Ricardo, tía Luz, tía Delfi y tía Coco, a mis primos cercanos que preguntaban constantemente: Adri, Osvaldo y Arely, pero sobre todo a ti, tía Lupita, que sigues estando conmigo y cuidándome porque estoy segura de que hoy estarías orgullosa de mí.

Jesús: gracias por acompañarme durante varios años de mi vida, por enseñarme cosas bonitas de la vida y por superar obstáculos juntos. Estoy segura de que la vida nos pone personas en nuestro camino para enseñarnos cosas importantes y contigo aprendí un sin fin de ellas que seguiré ocupando a lo largo de la vida y confío en que con el tiempo seremos los padres que Yazid necesita. Gracias por ayudarme a ser una mejor persona, con mejores sentimientos.

A mis amigos, ustedes que han estado siempre conmigo, escuchando y apoyándome en cada paso:

Paty: que desde hace 20 años nos acompañamos en el camino, porque siempre has creído en mí incluso cuando yo lo he dejado de hacer, gracias por seguir y permitirme estar también, te quiero tanto.

Brandon: por ser y estar incluso en los momentos más complicados, gracias porque seguimos compartiendo momentos importantes y seguimos corriendo cuando nos necesitamos.

Adri Maravilla, tú me acompañaste durante toda la carrera y aún después de ella. Convivimos todos los días y descubrí la persona tan bonita que eres. Gracias por enseñarme el significado de la palabra lealtad, por escuchar sin

juzgar y apoyarme sin ningún interés de por medio. Tú eres la persona que estuvo en cada momento de esto que me estuvo motivando, estuvo al pendiente de mi tema y me ayudaste con todos los papeleos, gracias en verdad por todo tu apoyo. Te quiero y te voy a querer siempre.

Karsha: estuviste aun cuando no seguía tus recomendaciones porque me abriste el panorama cuando estaba bien perdida con la titulación, porque eres un ser humano grandote que merece lo mejor de la vida, siempre.

Mili: por ser comadre, amiga y compañera desde la primera conversación. Siempre me alentaste para seguir y luchar por eso que me hace feliz.

Michel Mangas: estoy segura que después de todas las pláticas, podrías hablar de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo 2 sin ningún problema. Eres de las personas que hace mucho más feliz este mundo "manguito", gracias por acompañarme en esta etapa de mi vida.

Itzel: quien aún con las diferencias estuviste cerca dispuesta a ayudarme y a mejorar conmigo. Estuviste para cuestionarme y recordarme lo capaz que soy de hacer las cosas si me las propongo. Gracias por tus palabras, tu aliento y sobre todo tu compañía.

Valmiky: no sé si tú conoces más mi tema o yo, pero quiero que sepas que agradezco que me escucharas en los momentos de duda y confusión. Siempre tuviste las palabras correctas para jalarme las orejitas cuando ya no quería hacer nada. Tu apoyo fue muy importante en este camino.

Sam & Kris: mi pareja de Wilsons, gracias porque aun con la distancia, estuvieron conmigo. El apoyo que me dieron durante la carrera y más allá, en situaciones específicas de la vida ha hecho que ustedes también sean piezas fundamentales de mi rompecabezas. Los quiero mucho.

Luis Enrique: amigo del alma, a pesar de que nuestros contextos son muy diferentes, seguimos coincidiendo en muchas cosas de la vida. ¿Quién iba a pensar que después de tantos años seguiríamos coincidiendo en la vida? Gracias por motivarme, escucharme y hacerme parte de los momentos bonitos de tu vida. Este momento es uno de los más importantes de mi vida y era necesario que estuvieras presente.

David: a pesar de tener poco tiempo de conocerte, he aprendido muchas cosas contigo. Gracias por el apoyo que me brindaste en este momento tan importante en mi vida, por creer en mí sin conocerme y ayudarme a lograr algo que he querido desde hace tiempo. Por impulsarme y recordarme que hay un montón de cosas pendientes en mi vida que había dejado de lado por las que vale la pena recuperarme. Gracias por tu sensibilidad y calidez que compartes conmigo.

A mi familia de Club Amigos Teletón porque estamos unidos por algo que va más allá del tiempo y del lugar: Abril, Eve, Pau y Charlie.

Y también a los amigos que también me apoyaron a veces a distancia y a veces muy cerca: José Luis "Lúria", Rafael "Tata", Mary Zúñiga, Dennis Nájera, Daniel Millán, Miguel Santellán, Yoshio Varela, David Gómez y profesora Laura Ferrara.

Y aunque hoy ya no estemos juntos, me enseñaron grandes cosas que llevo conmigo: Joseph, Salvador, Monsesita Fashion Fire, Angely, Miguel "Trailer", Daniel "Gomitas", Miguel Palomino e Iván Rivas, gracias.

Finalmente, y no menos importante, a mi directora de tesis, profesora Salomé quien estuvo al pendiente de guiarme en este camino acompañándome no sólo académicamente, si no siempre al pendiente de cómo me sentía y lo que pensaba durante este proceso. Gracias por compartir conocimientos y encaminarme para obtener esta meta.

Profesor Vinicio, con quien tuve la fortuna de tomar clase y aprender muchas cosas que no nos enseñan en los libros. Gracias por el apoyo y la guía que me dio en los casos de mis pacientes porque sin duda, conocerlo definió mi gusto e inclinación hacia cierto enfoque. Muchas gracias.

Adela, profesora, asesora y amiga, eres de los seres humanos más bonitos que existe en el mundo- Gracias porque te interesas en nosotros “tus niñas” y procuras que estemos bien, que pensemos y analicemos todo lo que nos pasa para poder tomar las decisiones correctas- Tú fuiste una clave determinante en mi proceso académico para seguir avanzando hasta lograr mi objetivo. Gracias por tu paciencia, tu cariño y tu comprensión.

Hoy en día pienso en lo afortunada que soy por rodearme de personas que también se emocionan cuando algo bueno pasa en mi vida. Ya me lo había dicho el profe Roberto Arriaga en 2do semestre de CCH: *“Los mejores amigos los encuentras en la UNAM”* y por eso y mucho más llevo con orgullo mi sangre azul y piel dorada. Gracias UNAM por tanto.

De todos ustedes me llevo un cachito y agradezco a Dios que me hayan tocado seres humanos tan bonitos en mi vida para acompañarme y crecer.

Gracias por acompañarme en este proceso.

“Por mi raza hablará el espíritu”

José Vasconcelos

Lucía Andrade

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1: La psicología de la Salud.....	4
1.1 Surgimiento de la psicología de la salud.....	4
1.2 Definición de la psicología de la salud.....	6
1.3 Aportación de la psicología de la salud.....	8
1.4 Los alcances de la psicología de la salud.....	13
1.5 Dimensión de la psicología de la salud con relación a la población de adultos mayores.....	15
Capítulo 2: Adultos Mayores: su situación social.....	18
2.1 Situación social	18
2.2 Estadísticas.....	22
2.3 La diabetes tipo 2 en el adulto mayor.....	31
2.4 Etapas de la enfermedad.....	36
Capítulo 3: La Psicología y la calidad de vida en adultos mayores en condición de diabetes tipo 2.....	44
3.1 Definición de calidad de vida.....	44
3.2 Relación entre calidad de vida y psicología.....	49
3.3 Trabajos que se han realizado en personas con condición de diabetes tipo 2.....	54
3.4 Estrategias psicológicas que pueden mejorar la calidad de vida.....	68
3.5 Análisis.....	74
CONCLUSIÓN.....	90
REFERENCIAS.....	99

RESUMEN

El tema de las enfermedades crónico-degenerativas es muy amplio por la amplia variedad que existen de ellas y sus efectos en el organismo, sin embargo, a pesar de saber de las consecuencias que afectan significativamente a las personas en términos de complicaciones físicas y psicológicas, aún falta mucho por estudiar en estos temas.

Como sabemos, la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad muy común, anteriormente se consideraba una enfermedad que sólo afectaba a los adultos y adultos mayores, sin embargo, hoy en día, se cuentan con datos que permiten establecer la existencia de adolescentes y niños con diabetes mellitus tipo 2, lo cual es muy alarmante, ya que, no sólo hay factores que pueden condicionar la presencia de la enfermedad, como las cuestiones genéticas, sino que, la vida sedentaria de las personas, los estilos de alimentación poco saludables y la obesidad que tienen muchos mexicanos aumenta significativamente la posibilidad de padecer una enfermedad como esta y sufrir algunas de sus complicaciones.

Si bien, los adultos mayores no son la población mayoritaria en nuestro país, es una de las poblaciones que ha vivido durante mucho más tiempo la enfermedad y posiblemente sus complicaciones, es por esto por lo que el interés fundamental de este trabajo fue esta población, por sus características y condiciones.

Entonces, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión teórica con respecto al trabajo psicológico que se ha realizado con adultos mayores con diabetes tipo 2 para mejorar su calidad de vida, contextualizando al lector a través de diversos tópicos, por una parte, explicando el surgimiento de la psicología de la salud y cómo es que se aplican los conocimientos a este tipo de problemas de salud, así como establecer la importancia del trabajo psicológico que se realiza con los pacientes, sin embargo, también ha sido de suma

importancia realizar una revisión sobre los trabajos que se han hecho para poder conocer el estado en el que nos encontramos, lo que se ha hecho, lo que se hace y las líneas de investigación que surgen a partir de ello.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las cifras publicadas por el INEGI (2010) sobre la población contabilizada que habita en México, de los 112,336,538 habitantes que somos, 10,100,000 son personas de 60 años o más (INAPAM, 2011), es decir que aproximadamente el 8.9% de la población total son adultos mayores.

Si bien, los adultos mayores no son la población mayoritaria de nuestro país, es una población importante que también requiere la atención de los profesionales de la salud ya que muchos de ellos padecen más de dos enfermedades crónicas desde años atrás o ya tienen algunos años con la enfermedad, Sin embargo, hay características propias de la edad que propician la aparición de las complicaciones de la enfermedad, esto debido a la elevada comorbilidad y la presencia de problemas emocionales como depresión, ansiedad y estrés derivados de la enfermedad, por mencionar algunos afectando de manera significativa su calidad de vida.

Además, se ha comprobado que, una parte importante en el tratamiento de la enfermedad es la falta de conocimientos sobre la misma, así como la ausencia de autocuidado de los pacientes (Soler, Pérez, López y Quezada, 2016), sin embargo, también se encuentran problemáticas importantes relacionadas a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Terechenko, et al., 2005) así como muchos casos de diabéticos que no se adhieren efectivamente a la dieta (Rodríguez y García, 2011).

Entonces, en este sentido, es importante mencionar y reconocer la labor del psicólogo de la salud como parte del equipo multidisciplinario que tiene interés en abordar esta enfermedad, recordemos que el psicólogo de la salud es el que se dedica principalmente a generar programas que permitan el mantenimiento de la salud mediante 4 principales niveles de intervención, que abarcan desde la prevención de enfermedades (primaria), intervención comprendida desde la detención (secundaria) y las posibles maneras de actuar

hasta la ejecución de las medidas diseñadas para esas condiciones (terciaria) y finalmente interviene también para evitar un mayor deterioro en las personas (cuaternaria).

Teniendo en cuenta que el campo de aplicación de las técnicas psicológicas es muy amplio, lo que nos permite abordar problemáticas que comprenden enfermedades como la obesidad, el asma, la hemofilia y diabetes, entre otras.

Este amplio abordaje de enfermedades también comprende diversas ramas para tratar las problemáticas a las que nos enfrentamos; este trabajo está abordado desde el marco de la psicología cognitivo-conductual mediante la cual se toman en cuenta los antecedentes del paciente con relación a las emociones y pensamientos actuales de las personas enfocándose en la enfermedad, así mismo con el empleo de técnicas que podrán modificar algunos pensamientos que pudieran obstaculizar los tratamientos médicos que se han asignado para tratar las condiciones médicas. Es importante tener en cuenta que este enfoque nos permite proporcionar habilidades a los pacientes para que pueda mejorar su calidad de vida, así como emplear y generalizar lo aprendido en la terapia a su vida diaria. No está por demás recordar que este tipo de intervenciones bajo este modelo están caracterizadas por la combinación de técnicas sustentadas en los modelos conductuales tales como el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante y las técnicas cognitivas, así como las del aprendizaje social (González-Cantero y Oropeza, 2016).

De ahí que el objetivo del proyecto sea realizar una revisión teórica con respecto al trabajo psicológico que se ha realizado en adultos mayores con diabetes tipo 2 para mejorar su calidad de vida; lo que me lleve a un análisis respecto a las propuestas que realiza cada autor que permita establecer cómo el acompañamiento psicológico puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes con esta condición de salud.

Para cumplir lo anterior, se realizará una revisión sobre la psicología de salud, tomando en cuenta el surgimiento, así como su definición e importancia de esta rama, seguido de la aplicación en las diversas problemáticas que atiende mediante los niveles de intervención que ya han sido establecidos. Así mismo se contextualizará la condición actual de los adultos mayores con diabetes tipo 2 y se tomarán en cuenta las estrategias que ya han sido propuestas para mejorar la calidad de vida, revisando ésta última desde su definición hasta su relación con la psicología de la salud estableciendo el cómo se puede mejorar la calidad de vida desde esta área a través del empleo de técnicas psicológicas.

CAPÍTULO 1: LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Surgimiento de la psicología de la Salud

Para poder hablar de la aplicación de la psicología a través de las distintas áreas que ya han sido establecidas, es necesario remontarnos un poco a la historia y el surgimiento, con la finalidad de conocer cómo surgió la psicología y la evolución de la misma hasta los años actuales y posteriormente cómo se establece un área que se dedicara a la salud.

Al hablar de la historia de la psicología, hablamos de un tema un tanto complejo por la aportación de muchos investigadores y científicos que pasaron gran parte de su vida realizando trabajos para establecer las bases y pautas que servirían para edificar las teorías que conocemos hoy en día, hablaré de manera general sobre los antecedentes históricos para centrarme en explicar cómo surge el área que se dedica a la salud.

Si bien, la historia exige que tomemos en cuenta estudios que se realizaron hace muchos años, encontramos diversos científicos e investigadores, Myers (2011) brinda un panorama histórico mundial para explicar la historia de la psicología en general tomando en cuenta diversos estudios que han sido clave en el crecimiento en el surgimiento y crecimiento de la psicología (García, Maya y Rodríguez, 1992), tal es el caso de Wilhelm Wundt con la creación del primer laboratorio experimental en Alemania, Edward Titchener introduciendo el estructuralismo para los estudios de la mente por medio de la introspección autorreflexiva, William James con su interés en el examen introspectivo sobre la consciencia y la emoción, Ivan Pavlov con los estudios sobre el condicionamiento clásico, B.F. Skinner con su aportación sobre el condicionamiento operante, John Watson con su experimento demostrando que el miedo es aprendido, Sigmund Freud (Sahakian, 1990) con su estudio sobre las respuestas emocionales a las experiencias de la infancia en relación al

pensamiento consciente y su impacto en la conducta. Estos avances e investigaciones (por mencionar algunas) han dado, de alguna manera, los fundamentos para sentar una definición de lo que conocemos como psicología hoy en día, mediante la evolución, crítica y mejora de muchas de las teorías y conceptos que propusieron en su momento.

Con relación a lo anterior, Díaz (2010) establece un panorama histórico sobre el surgimiento de la psicología en términos causales de salud y enfermedad, centrándose históricamente en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, donde, desde los años 60, la psicología comienza a hacer aportes a lo que anteriormente se consideraba un campo médico exclusivamente. Fue así como la psicología de la salud comenzó a establecer sus límites e ideas con relación a dos enfoques principales, el clínico y el social.

Es importante mencionar que la psicología está mezclada con las ciencias sociales, específicamente con la sociología, la diferencia fundamental radica en que la sociología estudia el comportamiento hacia los grupos, procesos y fuerzas grupales mientras que los psicólogos tienen un interés particular en el comportamiento individual de las personas sin dejar de lado la influencia social sobre el mismo (Davidoff, 1989), aún con ello, la amplitud del campo de estudio de la psicología es extensa por lo que es el principal motivo de la creación de lo que Koch (1981, en Davidoff, 1989) llamó *estudios psicológicos* refiriéndose a los subcampos de la psicología cuyas características y formalidades son específicas en cada uno de ellos.

Adicionalmente, Fonseca (1973, citado en Harsch, 2005) proporcionó diversos datos estadísticos de la situación del país en los años 60's, cuyo propósito era establecer reflexiones sobre el papel del psicólogo, así como las posibilidades de acción ante las problemáticas, su rol profesional y su función social, lo que implicaba un desenvolvimiento y delimitación profesional en cuanto a los procedimientos y las áreas de aplicación.

Finalmente, no hay que dejar de lado que al menos en México, durante las primeras décadas del siglo XX, la psicología se dedicaba a la enseñanza, debido a que no estaba establecida una identidad como profesión, ya que únicamente se enfocaba en el estudio de las leyes de los procesos psíquicos (Harrsch, 2005). Fue así como surgió la preocupación por el comportamiento humano desde el punto de vista individual, lo que dio paso al surgimiento de diversas áreas de la psicología que se conocen hoy en día.

1.2 Definición de la psicología de la salud

Si bien no existe una definición universal para la psicología de la salud, diversos autores han brindado diversas propuestas a través de los años, a continuación, retomaré algunas de ellas para dar un marco teórico sobre cuáles son los componentes de la psicología de la salud, cuál es el método que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades y cómo se relaciona con la enfermedad.

Entre las definiciones más antiguas que encontramos, tenemos la brindada por Stone (1988; p.20) quien define a la psicología de la salud como:

“La psicología de la salud es el desarrollo y aplicación de la teórica y las competencias psicológicas a las acciones del sistema de salud”

Refiriéndose como *competencias* a las acciones que deben realizar los psicólogos que incluyen investigación y valoración de las necesidades individuales, tanto de las capacidades como de los logros mediante la aplicación de técnicas para modificar el comportamiento.

Aunado a lo anterior, otra definición de la psicología de la salud es la definida por Oblitas (2006; p. 10) como:

“La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”.

Siguiendo esta línea, Matarazzo (1980, p.3, en Piña y Rivera, 2006) también brinda una definición, él la define como:

"Es el agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Además, Morales (1999; p. 88, en Díaz, 2010) conceptualiza a la psicología de la salud como:

"Se puede considerar que la Psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en la salud. [...] Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la

adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben".

Finalmente, para complementar estas definiciones propuestas por algunos autores a lo largo del tiempo, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) mencionan que la psicología de la salud incluye un amplio repertorio de conductas humanas, así como de estados psicológicos, es por ello por lo que la manera de intervenir engloba acciones de promoción, mantenimiento de la salud, prevención, tratamiento de las enfermedades, así como de los factores asociados a las mismas.

Si bien, la definición de Psicología de la Salud ha cambiado muy poco a lo largo de los años tomando en cuenta las definiciones de estos autores que propongo, todas ellas coinciden en un mismo punto, la aplicación de técnicas a orientadas a responder problemáticas de salud tomando en cuenta la relación que existe entre salud–enfermedad con el impacto psicológico que esto genera, algunos autores brindan una descripción breve pero más detallada de las conductas que surgen de este impacto, sin embargo el objetivo es el mismo, aplicar los conocimientos psicológicos a ciertas problemáticas de salud para responder y atender a las demandas que se han estudiado y se siguen estudiando en la actualidad.

1.3 Aportación de la psicología de la salud

Si bien ya he hablado acerca de historia y definición de la psicología de la salud, es importante tener en cuenta cómo se actúa en esta área y los resultados que esto genera, por lo que Olvera y Soria (2008) brindan un listado de diversas funciones que la psicología debe realizar a partir de las actividades que se realizan, éstas son:

1. La identificación oportuna de personas en situación de riesgo, en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.

2. Desarrollo de programas eficaces de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo como factor determinante en su comportamiento.
3. Investigación, entendimiento e intervención en cuanto a factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. Inclusión de salud pública como parte de la psicología de la salud.

Todo esto permite a la psicología de la salud tener un campo de acción muy amplio, a través de los diversos niveles de intervención que explicaré más adelante. Estos campos de aplicación nos permiten intervenir en distintas áreas y enfermedades mediante la creación de estrategias que permitan a los pacientes prevenir y tratar los padecimientos mejorando su calidad de vida. Es fundamental tener en cuenta esta relación que se crea entre salud y calidad de vida ya que son una parte importante de la base en las distintas relaciones que establece el paciente, tanto en las relaciones interpersonales como las relaciones que tiene en los ambientes donde se desenvuelva, por ejemplo el laboral o el familiar; es por ello que muchas investigaciones ya incluyen evaluar los efectos que tienen las intervenciones en los cuidados de salud con el objetivo de ampliar el conocimiento que se tiene de las enfermedades y sus consecuencias así como en la toma de decisiones para el diseño de tratamientos específicos (Moreno y Ximénez, 1996, citado en Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005).

Para complementar lo anterior, el Colegio Oficial de Psicólogos (1998, en García-López, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008) establece las funciones de la psicología de la salud en 8 categorías:

1. Evaluación: reunión de la información que servirá para diseñar una estrategia de intervención mediante entrevistas, registros, cuestionarios, baterías de pruebas, entre otros.

2. Diagnóstico: identificación y categorización de la problemática que presenta el paciente. Generalmente este diagnóstico es resultado de la evaluación y es un proceso de toma de decisiones que debe realizar el psicólogo, en donde tiene que tomar en cuenta el trabajo multidisciplinario que se debe realizar, estableciendo gravedad del problema y rapidez de la intervención para efectuar un diagnóstico y así poder diseñar un tratamiento o intervención.
3. Tratamiento: todas aquellas medidas que se llevarán a cabo para tratar la problemática. Pueden ser individuales o grupales y se debe de tener establecida la corriente psicológica bajo la cual se va a aplicar.
4. Asesoramiento, información y coordinación: brindar información a las personas para que puedan tomar una decisión respecto a las opciones que se tienen para determinado problema, esto también incluye el trabajo multidisciplinario que se realiza.
5. Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad: mediante el análisis de las problemáticas para poder determinar factores de riesgo para la salud y así fomentar hábitos saludables para prevenir enfermedades.
6. Investigación: resultado del trabajo multidisciplinario que se realiza y que es parte esencial del psicólogo de la salud.
7. Enseñanza: compartir los conocimientos con otros profesionales y personas sobre lo que se tiene y lo que se obtiene de la investigación.
8. Dirección, administración y gestión: hace referencia a la gestión en cuanto a los sistemas hospitalarios y al funcionamiento de los niveles de prevención que puede hacer el psicólogo.

Adicionalmente a lo mencionado, Reynoso y Seligson (2005) proponen 3 premisas principales acerca de la función de la psicología de la salud que

coinciden y complementan con lo García-López et al. (2008) mencionan en las categorías de evaluación, diagnóstico y tratamiento:

1. Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgos de ciertas enfermedades.
2. La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
3. Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Todo esto nos brinda un panorama general de las funciones que se pueden llevar a cabo, es por eso por lo que es importante que nosotros tengamos clara la responsabilidad que implica hablar en términos de salud y enfermedad, para esto, Piña y Rivera (2006) establecen 3 preguntas fundamentales que se deben tener en cuenta al estar inmersos en esta área:

- ¿Qué hacer?: Implica reconocer que postura psicológica es la que se va a utilizar para términos de supuestos teóricos y metodológicos mediante la cual se abordará la problemática de salud y las circunstancias en la que se presenta.
- ¿Cómo? y ¿Por qué?: Además de tener definido desde dónde se va a explicar la problemática, se deben establecer las características que se tienen en la situación en la que se desarrolla la problemática de salud, así como los objetivos para los cuales se va a trabajar partiendo de la información con la que ya se cuenta.

Para terminar este punto, Bazán (2003; p. 22) ofrece una formulación concreta de la labor del psicólogo en el área de la salud, donde menciona que:

“El papel del psicólogo que trabaja en esta área es, entre otros, fungir como asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso clínico, en conjunción con otros

profesionales de la salud; como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a distintas enfermedades, en diversos ámbitos y circunstancias, para primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría; y segundo, mejorar la calidad de vida en el ámbito hospitalario, considerando los tres grupos que lo componen (equipo al cuidado de la salud, paciente y familia) tanto dentro de la institución como en el hogar y la comunidad”.

Si bien, esta descripción del papel del psicólogo es la base para saber cómo se puede accionar ante las problemáticas que se presentan, Reynoso y Seligson (2005) mencionan que la prevención es un papel fundamental, por lo que consideran 4 categorías principales de prevención:

1. Prevención primaria: Intervenciones que permitan prevenir las enfermedades, como vacunas o cambios conductuales, es decir, antes de la enfermedad.
2. Prevención secundaria: intervención temprana de la enfermedad y que en muchas ocasiones minimiza la seriedad, como la detección de las enfermedades, por ejemplo, el cáncer, es decir, en el inicio de la enfermedad.
3. Prevención terciaria: intervención que minimiza las complicaciones, por ejemplo, la adherencia a una dieta, es decir, las medidas que se toman durante la enfermedad.
4. Prevención cuaternaria: medidas que pretenden evitar un mayor deterioro y tratan de incrementar las habilidades de afrontamiento.

En relación con lo anteriormente mencionado, García-López et al. (2008) señalan que estos niveles de intervención se pueden aplicar en 4 objetivos diferentes: individual, grupal, familiar y comunitario, teniendo así diversas poblaciones para llevar a cabo estas acciones.

1.4 Los alcances de la psicología de la salud

En términos de las problemáticas que puede atender la psicología de la salud, éstas se deben establecer desde el nivel de prevención que se vaya a abordar, tomando en cuenta los objetivos que se quieran cumplir con cada una de ellas. Nuevamente es importante tener en cuenta que las problemáticas que atiende son muy extensas, ya que como lo menciona Cardozo y Rondón (2014) la principal finalidad de la psicología de la salud es generar programas que permitan abordar las enfermedades.

Con relación a esto, Melamed y Siegel (1980, citado en Bazán, 2003) ofrecen un listado de áreas de acción de la psicología de la salud; a continuación, brindaré una breve descripción de cada una de ellas:

1. Manejo del paciente: enfocándose en lograr la adherencia terapéutica y mejorar la readaptación conductual
2. Manejo del dolor: disminuyendo en lo posible las molestias por los tratamientos y aumentando la reintegración a las actividades cotidianas
3. Manejo pediátrico: generalmente familiar donde se muestran diversas técnicas, entre ellas el manejo de contingencias y la desensibilización sistemática
4. Desórdenes psicosomáticos en adultos: exposición de algunos síntomas para realizar una retroalimentación sobre los mismos
5. Pacientes psiquiátricos: el objetivo es lograr una adaptación generalizada, tanto a la institución donde se esté realizando el tratamiento como a su medio cotidiano
6. Rehabilitación: estableciendo nuevas conductas e interviniendo para la adquisición de las mismas
7. Pacientes geriátricos: proporciona repertorios sociales que permitan la independencia

8. Prevención del estrés y reducción de factores de riesgo: análisis del estilo de vida y de la enfermedad con la finalidad de mejorar la calidad de vida

Como podemos notar, las acciones que se pueden realizar comprenden un abanico de posibilidades para aplicar los conocimientos, Rodríguez (2002) realizó una recopilación de investigaciones que le permitieran situar el campo de aplicación que ha tenido la psicología a través de los años, estas aplicaciones comprenden diversas enfermedades como son:

- 2 Cáncer: estudio de los factores psicológicos y de comportamiento en relación con la enfermedad, la percepción psicosocial vista desde los pacientes y del personal de salud, así como los efectos psicológicos de los tratamientos quirúrgicos y las estrategias de afrontamiento.
- 3 Enfermedades respiratorias: como es el asma, mediante la investigación del impacto psicosocial en la población en general como en niños.
- 4 SIDA: con el apoyo en el entorno personal, familiar y laboral

También se han aplicado técnicas de modificación de conducta a problemas como:

- La diabetes
- La hipertensión
- El síndrome del colon irritable
- La diabetes
- La obesidad
- Trastornos alimenticios
- Insomnio

Así mismo, se han realizado intervenciones para el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, así como la preparación psicológica de los pacientes para alguna operación o para disminuir el estrés derivado de ellas.

Si bien, las enfermedades que se han estado investigando a lo largo de los años por diversos autores han proporcionado datos importantes para el seguimiento, creación y reformulación de casos de interés para la psicología, mi interés está centrado en el estudio de la diabetes tipo 2 en los adultos mayores, sin dejar de lado las problemáticas a las cuales se les ha dado importancia para el surgimiento, mantenimiento y avance de las mismas investigaciones con el fin de brindar información acerca del panorama actual de los alcances de la psicología.

1.5 Dimensión de la psicología en relación con la población de adultos mayores

La psicología aplicada a personas mayores es todavía un área en crecimiento debido a las demandas de los servicios que se requieren y a las problemáticas que van surgiendo que son de interés para estos profesionales. A pesar de ello, es necesario trabajar y desarrollar programas que permitan accionar ante estas necesidades por el pronóstico que se tiene en el futuro, ya que, de acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población, por sus siglas CONAPO (2002, citado en Escalona y Ruíz, 2016), en el 2040 habrá más personas viejas que jóvenes y para el 2050, la población de adultos mayores será de 28.7 millones teniendo en cuenta una diferencia significativa sobre las mujeres en comparación con los hombres.

Entonces, es importante tener en cuenta hacia dónde se va con el trabajo que se realiza con los adultos mayores, para eso, Mielgo, Ortiz y Ramos (2001) mencionan que los psicólogos que deseen trabajar con esta población necesitan tener conocimientos y dominios sobre las áreas cognitivas, psicoafectivas, funcionales y sociales, ya que son las áreas donde se detectan mayores problemáticas, así mismo se debe saber establecer programas que permitan la integración a la comunidad, la adaptación, el trabajo con las familias, así como programas preventivos para las situaciones a las que se presentan como las

enfermedades, la pérdida de memoria, la importancia de los hábitos saludables así como la jubilación o el manejo del abandono que muchos adultos mayores viven.

A propósito del trabajo que se realiza con esta población, Arauz (2001, citado en Colunga, García, Salazar-Estrada y Ángel-González, 2008) establece la importancia de incluir aspectos psicosociales en la promoción de la salud, así como en la creación de estrategias educativas, sobre todo en grupos vulnerables como es el caso de los adultos mayores.

También es importante que en los tratamientos orientados a cuestiones de salud se tome en cuenta que se requiere realizar modificaciones conductuales como son seguir un plan de alimentación personalizado que permita cuidar el peso corporal, monitorear los niveles de glucosa en sangre o en orina, realizar actividad física continuamente, tomar los medicamentos prescritos y continuar con los tratamientos que establezcan los especialistas de la salud (ADA, 2011, citado en Del Castillo, Romero, Iglesias y Reyes, 2015). Aunado a lo anterior Fernández-Ballesteros (2001) establece que es fundamental crear estrategias que cuenten con 4 pilares principales, el funcionamiento intelectual, los estilos de vida, la percepción de eficacia y las habilidades de afrontamiento ya que son algunos de los factores psicosociales que modulan el envejecimiento.

Además de los cambios físicos, psicológicos y de salud que se presentan en la vejez, es importante tener en cuenta la autopercepción de la salud como un factor básico de las relaciones psicosociales que se establecen, ya que esta autopercepción puede afectar el estilo de vida junto con los elementos que se relacionan con ella, como son la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos, así como el contexto en el que se desarrollan los adultos mayores. Si bien, este autoconcepto de salud que tenga el adulto mayor es relativo y subjetivo, incluye un conjunto de elementos que influyen en la definición de la misma, como son las habilidades funcionales con las que se

cuenta, el bienestar psicológico y el soporte social que lo acompañe, así como la cantidad de enfermedades que se padezcan además de factores básicos como son la edad, el estado civil y el género de las personas (Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán, 2006, en Cerquera, Flórez y Linares, 2010).

Este trabajo que se realiza es muy importante ya que los adultos mayores presentan diversas problemáticas en conjunto que requieren de un buen manejo multidisciplinario, aunque no siempre se dé la importancia al trabajo psicológico, éste es fundamental, ya que como profesionales contamos con los conocimientos teóricos y prácticos para poder formular intervenciones que permitan incidir sobre la conducta de las personas. Además, no sólo es importante realizar acciones durante la enfermedad, ya que es el trabajo que más se ha realizado, también es importante establecer y reforzar acciones de prevención para las enfermedades (Stone, 1988).

Complementado lo anterior, el Colegio Oficial de Psicólogos (2002, citado en Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010) demanda que la psicología contribuya al diseño de medidas que permitan realizar evaluación y seguimiento de programas de intervención que tengan como objetivo emplear estrategias para el cambio conductual, así como la promoción de salud y prevención de enfermedades incluyendo los contextos familiares y sociales.

Para esto, es importante conocer la población en donde vamos a intervenir y entender cuáles son las condiciones médicas que se presentan y cómo esas condiciones afectan su vida, para ello es oportuno ofrecer un marco general que permita tener noción de la población que vamos a estudiar, el tipo de enfermedad que se aborda y el impacto psicológico que esta genera en los pacientes, dicha información se brindará en los siguientes apartados.

CAPÍTULO 2: ADULTOS MAYORES: SU SITUACIÓN SOCIAL

2.1 Situación social

Como sabemos, a lo largo de la vida, pasamos por diversas etapas del crecimiento, estas etapas conllevan no sólo cambios físicos, también cambios psicológicos y sociales, la vejez es uno de estos cambios que también implica cambios y ajustes en la vida de las personas, si bien, nuestro estilo de vida que hemos tenido a lo largo de ella se ve modificado por diversos factores, la pérdida del empleo y el aumento de las enfermedades que se traduce en pérdida de salud, son algunos de los componentes que pueden afectar calidad de vida y la percepción que tengamos sobre ella.

La definición de Adulto Mayor surge en 1994, cuando la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, por sus siglas OMS, estableció el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas mayores de 65 años (García, 2014), sin embargo, esta edad sirvió de referencia para otras instituciones que también han establecido una edad para el estudio de esta población.

Al hablar de adultos mayores, nos referimos a los individuos cuya edad rebasa los 60 años (INAPAM, 2011); adicionalmente, existe una clasificación brindada por la Organización Mundial de la Salud: OMS (2012) en términos de rangos de edad, definiendo como personas de edad avanzada aquellas entre los 60-74 años, personas viejas o ancianas con edades entre los 75-90 años y grandes viejos o grandes longevos a las personas que rebasan los 90 años.

Entonces, los adultos mayores se encuentran en una edad en la que disminuyen sus capacidades físicas y se incrementan enfermedades, lo que genera dependencia familiar y social que aumenta conforme pasan los años (Rozón, 2011, en Villegas-Vázquez y Montoya-Arce, 2014). La vulnerabilidad de este grupo de personas depende, en efecto, de los recursos con que cuente, el

grado de funcionalidad que posea, así como condiciones relacionadas a la salud, la economía y el género, además del apoyo familiar y social (Pelcastre-Villafuente, Treviño-Siller, González-Vázquez y Márquez-Serrano, 2011).

De hecho, en términos de funcionalidades y/o ocupaciones que lleven a cabo los adultos mayores, el INAPAM (2011) presentó la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, donde establecen algunas de las actividades que realizan los adultos mayores en el país, entre ellas encontramos actividades agrícolas o ganaderas, trabajos por cuenta propia, profesionistas y algunos más empleados de comercio y domésticos, sin embargo, de acuerdo con esta investigación, más de la mitad de las personas encuestadas dependen económicamente de alguien más, ya sea de un familiar o de otra persona mientras que las otras reciben alguna pensión de su trabajo (los porcentajes con números los detallo en el siguiente apartado).

Esta información nos permite conocer la situación en la que se encuentran los adultos mayores, ya que, como mencioné anteriormente, la funcionalidad que posea cada persona influye directamente en su salud y en su calidad de vida, por ello es importante tener en cuenta estos datos.

Esta edad es caracterizada por el conjunto de pérdidas que se experimentan al paso de los años, estas pérdidas abarcan áreas físicas-biológicas, sociales y psicológicas. De hecho, de acuerdo con un boletín publicado por el Instituto Nacional de las Mujeres (2015), los signos que determinan el envejecimiento de las personas tienen 3 puntos principales:

- 2 Edad física: referente a los cambios físicos y biológicos que se presentan a lo largo de los años y que están directamente relacionados con la edad, el lugar de residencia, la cultura, alimentación, nivel económico y actividades que se desarrollan.

- 3 Edad psicológica: referida a los cambios en las emociones, sentimientos y pensamientos que cada individuo tiene acerca de la vejez, estos cambios tienen que ver con procesos de memoria y aprendizaje.
- 4 Edad social: relacionado con el significado que se atribuye a la vejez, y es diferente para cada grupo, de acuerdo con la historia, cultura y organización social del medio donde vive.

Aunado a lo anterior, también existen cambios importantes que se experimentan a lo largo de la vejez, entre las grandes e importantes pérdidas que encontramos a nivel biológico o de salud, Díaz (2008, citado en García, 2014) establece que el envejecimiento produce un proceso de cambio a nivel cuerpo, ya que las células del organismo comienzan a morir con mayor velocidad de lo que se regeneran provocando que los órganos y sistemas del cuerpo manifiesten cambios, alteraciones y decrementos de su funcionamiento, sin embargo, hay otros cambios que vale la pena ser mencionados, como es el caso del peso corporal que se incrementa en un 25% en los hombres y un 18% en las mujeres, mientras que la grasa corporal aumenta entre un 18-35% en hombres y de un 33-48% en mujeres, se pierde el porcentaje de masa muscular y disminuye el agua corporal hasta en un 50%. Estos cambios afectan en cuanto a la estatura de las personas y frecuentemente se generan alteraciones vasculares y degenerativas, produciendo una disminución importante de las funciones, generando en muchas ocasiones, condiciones médicas que deben ser atendidas, como es el caso de la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arritmia, entre otras.

En cuanto a los cambios sociales que se presentan, Quintanilla (2000, citado en García, 2014), menciona que se establecen en función de la productividad de las personas, por lo que, este cambio afecta a los adultos mayores por la modificación de su ocupación, así mismo, el significado acerca de la muerte adquiere un nuevo sentido y una respuesta ante ella, en donde se ven involucrados aspectos personales, familiares y condiciones socioculturales. En

cuanto a la disminución o pérdida de autonomía tiene un impacto importante en la toma de decisiones y la actitud con la que se conducen las personas. De hecho, la manera en que se emplee el nuevo tiempo libre es fundamental en la manera de vivir la vejez, ya que se incrementa la necesidad de compartir tiempo con otras personas (Martín, 2008, citado en García, 2014).

Sin embargo, no hay que dejar de lado lo correspondiente a los cambios psicológicos generados en esta etapa, ya que, sin duda, están relacionados con los cambios sociales que se presentan y los cambios biológicos o de salud. Este es nuestro tercer pilar en los cambios que conlleva esta etapa, sin embargo, no por eso es menos importante. De hecho, los cambios o pérdidas psicológicas tienen que ver con los dos rubros planteados anteriormente, pero enfocándolos al impacto a nivel individual, por lo que la pérdida de autonomía o la falta de actividades a realizar pueden generar sentimientos de desamparo, impotencia y depresión (Quintanilla, 2000, citado en García, 2014). Corroborando lo anterior, Monroy, citado en García, 2014) propone una lista de aspectos psicológicos a los que se enfrentan los adultos mayores, entre los cuales destacan, la pérdida de autoestima, la pérdida de significado de la vida, la disminución de la adaptación, sentimientos de tristeza, estrés, pérdida de memoria e incluso ansiedad.

Todas estas condiciones afectan la manera en que se relacionan los adultos mayores, en los diferentes niveles que se plantearon anteriormente, sin embargo, hay un punto fundamental que aún falta abordar para entender la situación actual de los adultos mayores y es la manera en que es concebida el envejecimiento o la vejez en la sociedad mexicana. Para explicar esto, algunos investigadores se han dado a la tarea de realizar trabajos que permitan conocer cuál es el significado que se le atribuye a esta etapa de la vida, tal es el caso de Aldana, Fonseca y García (2013) quienes indagaron acerca del significado de la vejez y su relación con la salud en adultos mayores dentro de un programa de envejecimiento activo, donde encontraron que, al menos con los participantes,

tienen conductas que les han llevado a percibir los cambios físicos que han experimentado, reconociéndose y asumiéndose como parte de las personas de la tercera edad, así mismo realizan comparaciones sobre la vitalidad con la que se realizaban actividades cuando eran adultos en comparación de las actividades que realizan en la actualidad, lo que les lleva a mirarse con una perspectiva diferente que incluye cambios no sólo físicos, si no también familiares y sociales (dentro de su contexto) y de salud. Es importante destacar que, al menos con esta investigación, el significado que se le atribuye al envejecimiento tiene que ver con la vivencia de los cambios y, hasta cierto punto, pérdidas que los individuos vayan experimentando, estos cambios son inevitables y cada persona los vive de manera diferente, por lo que el significado que se le atribuya es personal con algunos puntos coincidentes.

2.2 Estadísticas

De acuerdo con las cifras publicadas por el INEGI (2010) sobre la población contabilizada que habita en México, de los 112,336,538 habitantes que somos, 10,100,000 son personas de 60 años o más (INAPAM, 2011), es decir que aproximadamente el 8.9% de la población total son adultos mayores (ver *figura 1*).

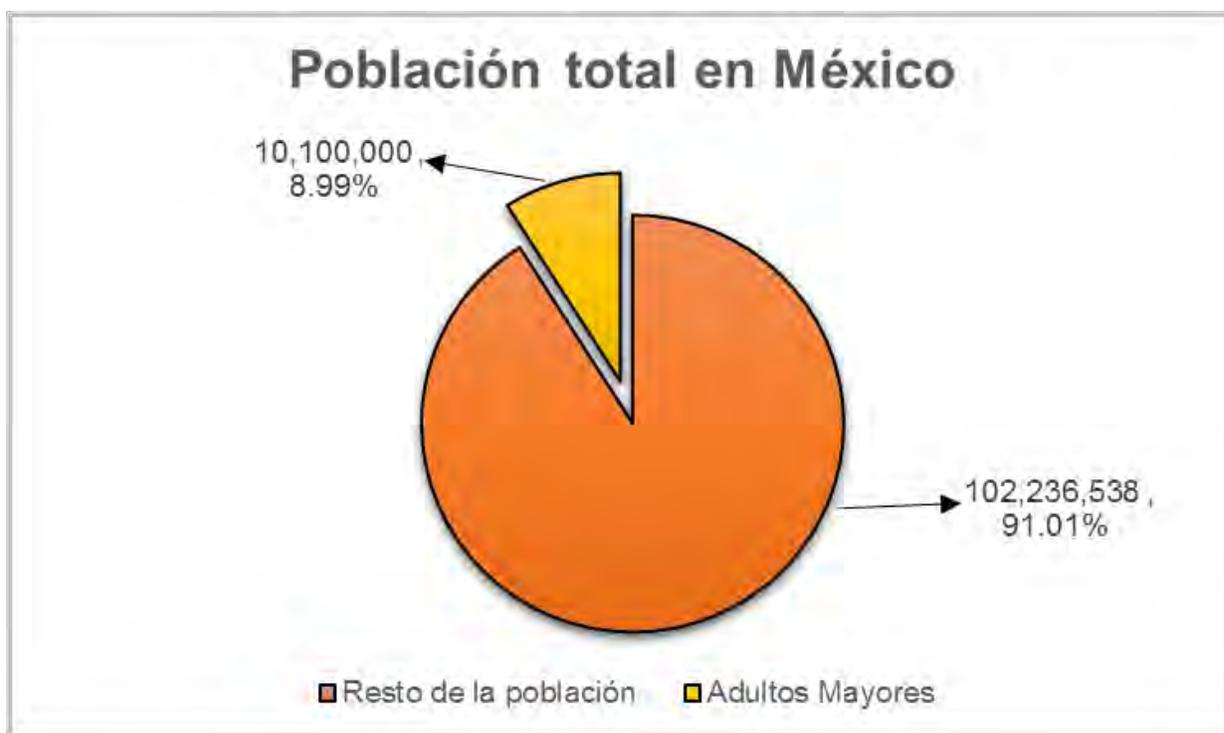


Figura 1. Representación total de la población en México en el 2010

Es importante conocer diversos puntos de interés para el estudio de esta población, tal es el caso del estado civil, la ocupación, el ambiente familiar, entre otros, para ello, el INAPAM (2011) publicó la *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México* en donde se incluyen datos obtenidos en el censo del 2010, a continuación, retomaré algunos de ellos para nuestro conocimiento:

De acuerdo con los datos publicados, aproximadamente el 53.42% de la población total de adultos mayores son mujeres, mientras que el 46.58% son hombres (ver *figura 2*).

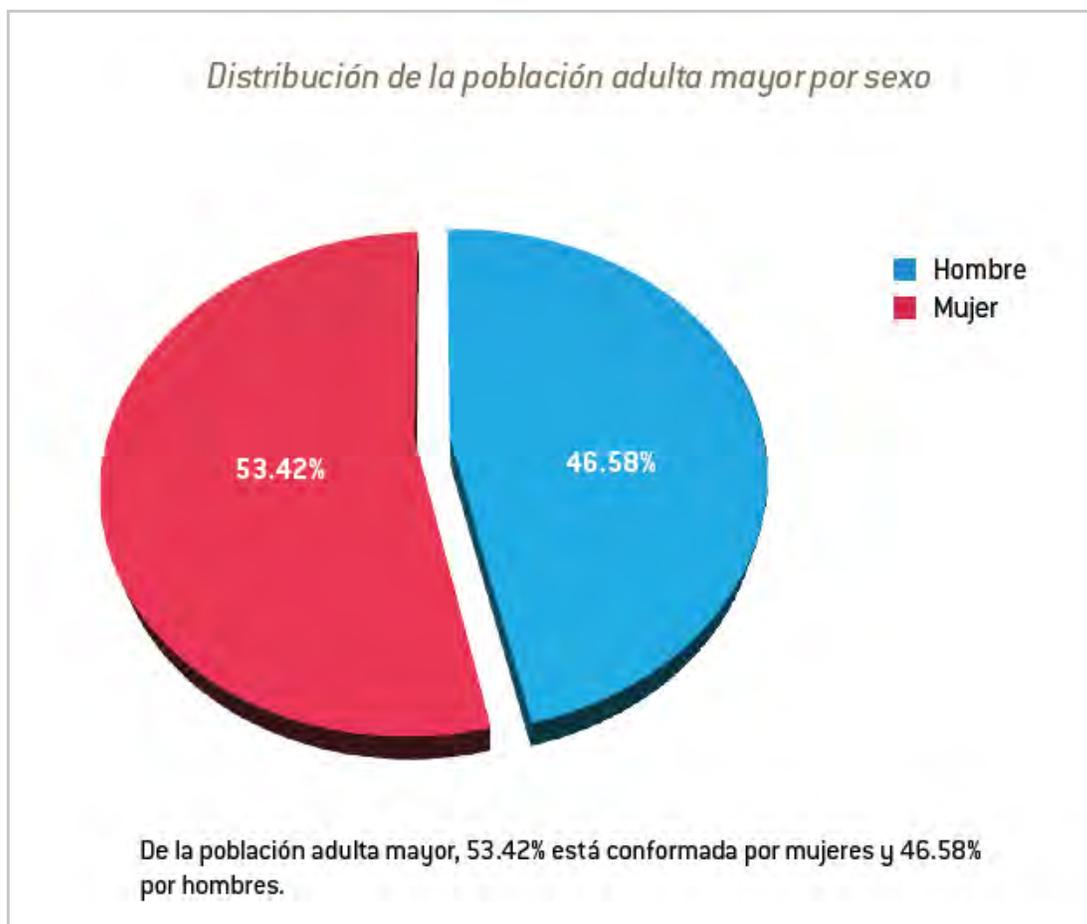


Figura 2. Distribución de la población adulta mayor por sexo
Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

De este porcentaje de la población, en la *figura 3* se muestra el estado civil, predominando los casados (55.63%), viudos (26.91%), en unión libre (8.18%), solteros (4.41%), separados (3.02%) y divorciados (1.59%). En cuanto al porcentaje de personas casadas, 66.3% son hombres y 46.4% son mujeres, mientras que, en relación con el porcentaje de personas viudas, 16.8% son hombres y 35.8% son mujeres.

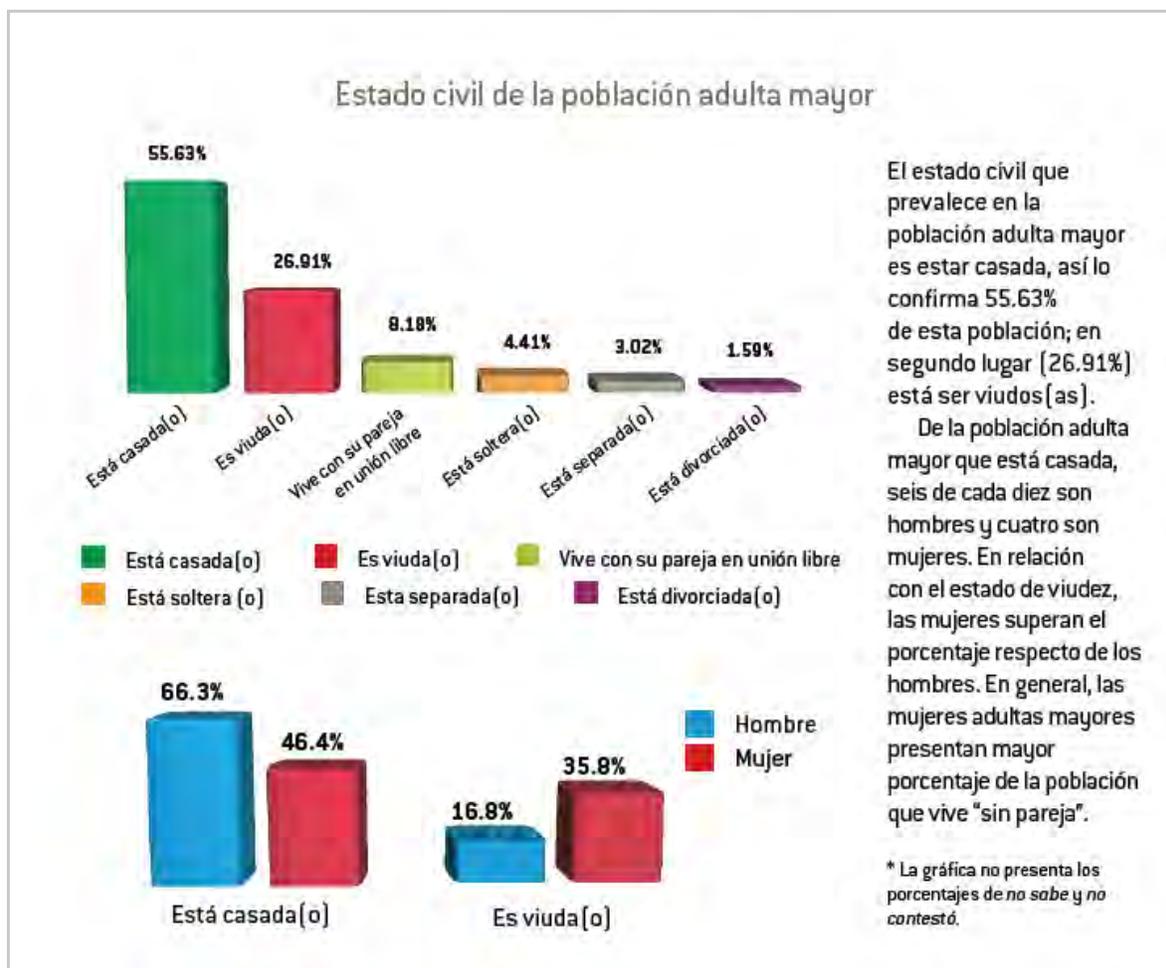


Figura 3. Estrado civil de la población adulta mayor

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

En relación a las ocupaciones de los adultos mayores, en la *figura 4* encontramos las actividades que se realizan, entre ellas actividades agrícolas o ganaderas (25.04%), trabajan por cuenta propia (20.46%), son comerciantes (19.13%), prestan algún servicio (10.87%), realizan actividades de reparación o mantenimiento (4.63%), son vendedores ambulantes y ambulan en servicios (3.77%), son profesionistas (3.18%), son empleados de comercio y agentes de ventas (2.73) y se dedican a servicios domésticos (1.91%).

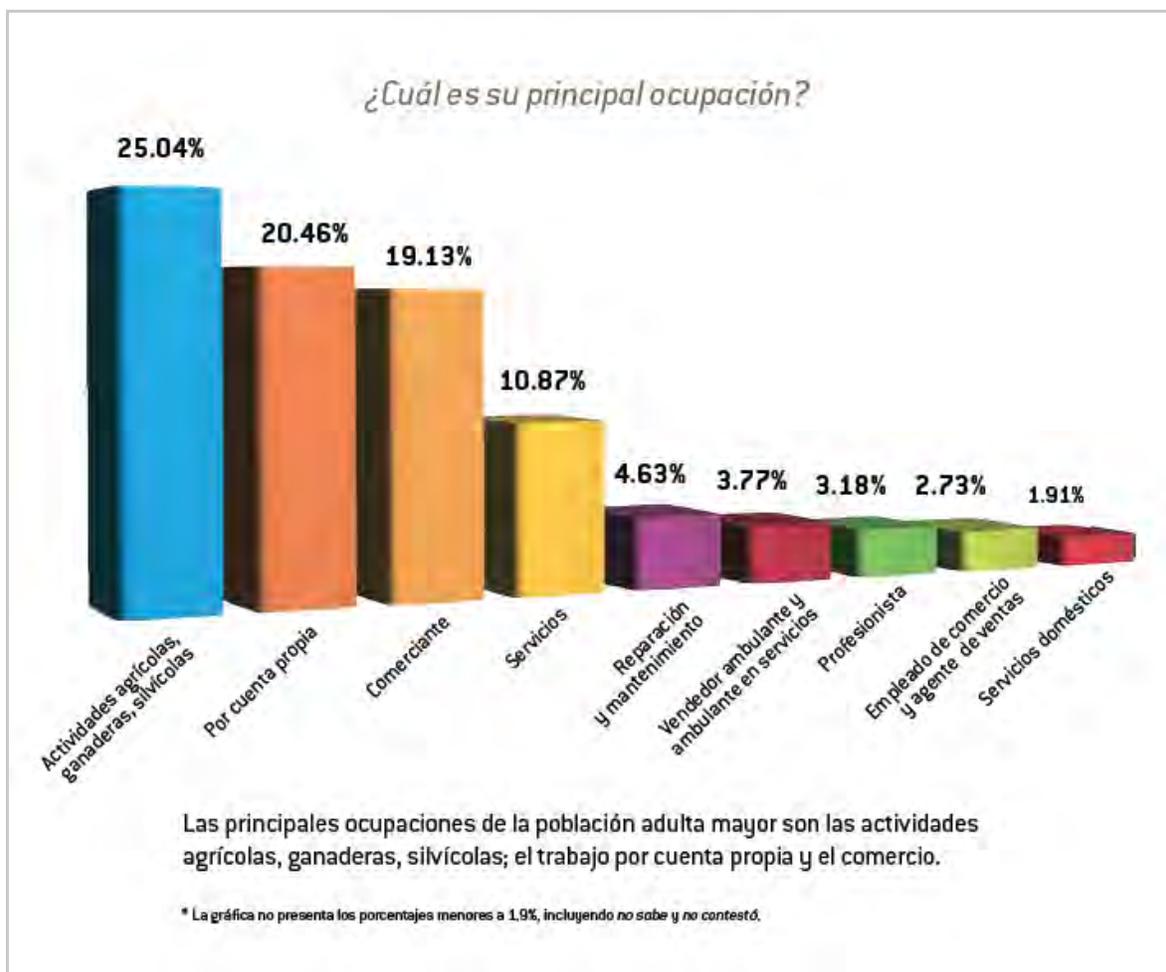


Figura 4. ¿Cuál es su principal ocupación?

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

En cuanto a la obtención de recursos económicos, en la *figura 5* observamos que el 61.8% lo sostiene un familiar u otra persona, el 27.6% recibe pensión de su trabajo, el 3.9% recibe pensión por enviudar, orfandad o divorcio, el 2.5% lo hace por otros medios, el 1.2% recibe la renta de su casa o ganancias de un negocio, el 0.5% pide limosna, canta en camiones o realiza actividades similares, el 0.4% recibe pago en especie, el 0.4% tiene ahorros y el 0.1% está becado.



Figura 5. ¿Me puede indicar cómo le hace para sostenerse económicamente?

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

En función de los individuos que reciben pensión de su trabajo o los sostiene algún familiar, los resultados reportan que, de las personas que reciben pensión de su trabajo, el 57.9% son hombres mientras que el 11.7% son mujeres, mientras que los adultos mayores que los sostiene un familiar u otra persona, el 35.4% son hombres y el 75.6% son mujeres (ver figura 6).

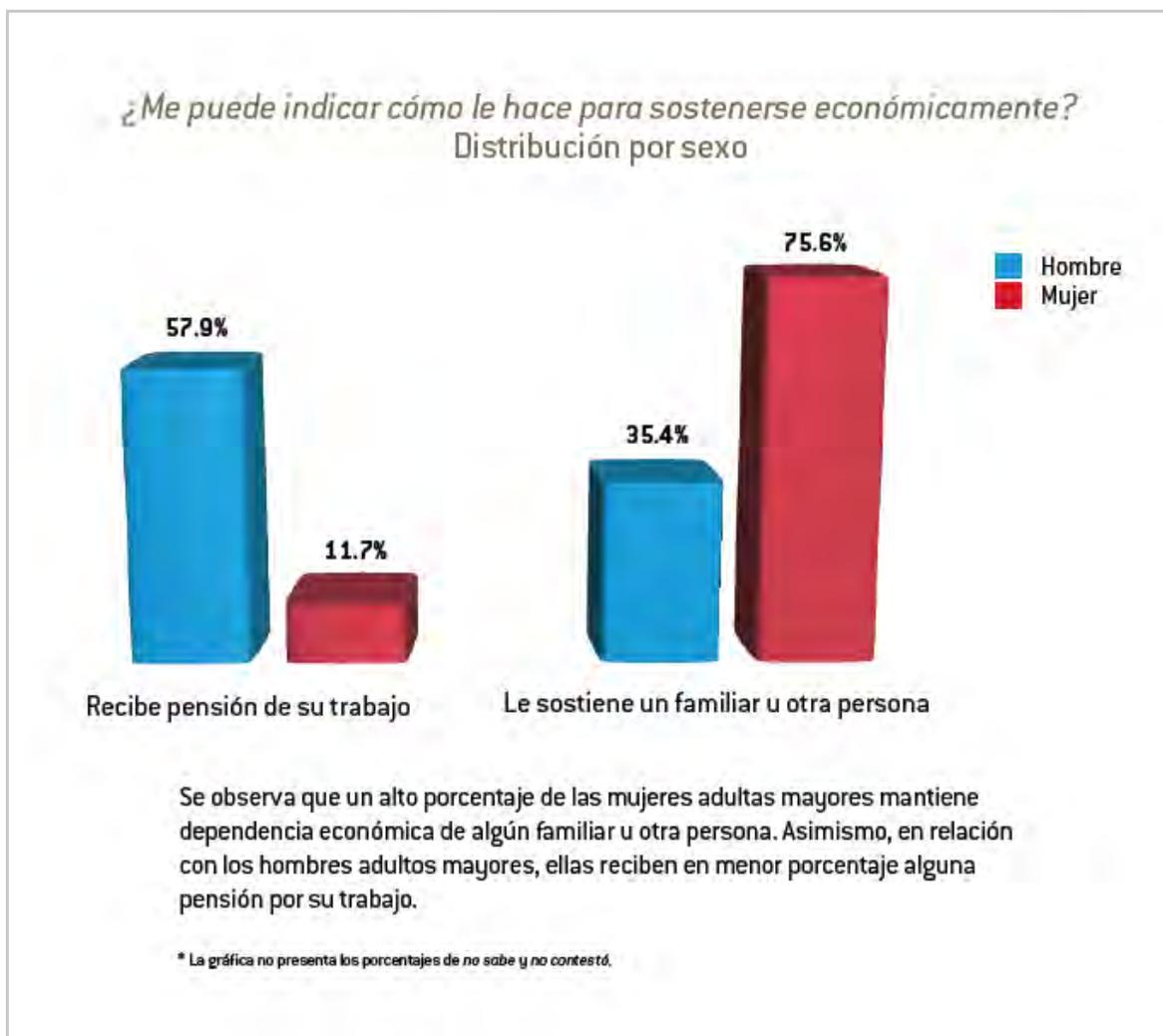


Figura 6. ¿Me puede indicar cómo le hace para sostenerse económicamente?
Distribución por sexo

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

En cuanto a las condiciones físicas de la población, la *figura 7* permite apreciar que la incapacidad para moverse pareciera que no es notoria, ya que, en los hombres, el 6.56% sí tiene incapacidad para moverse, mientras que el 93.44% no tiene incapacidad para hacerlo, mientras que, en las mujeres, 6.30% sí tienen incapacidad para moverse y 93.69% no presentan ninguna incapacidad.

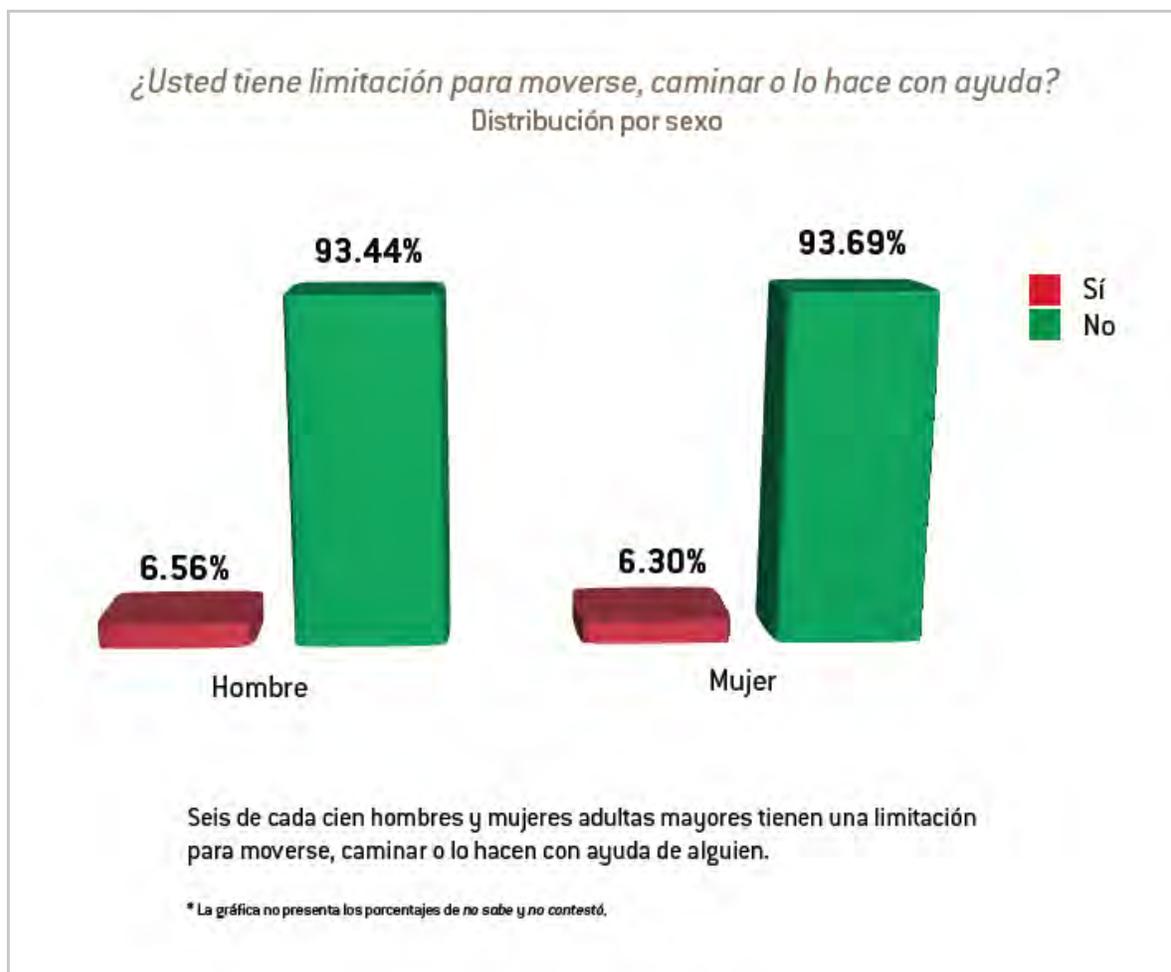


Figura 7. ¿Usted tiene limitación para moverse, caminar o lo hace con ayuda?
Distribución por sexo

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

Finalmente, las limitaciones que se presentan para moverse tienen distintos orígenes, de acuerdo con las estadísticas, 41.3% son consecuencia de la edad avanzada, 28.3% son a causa de una enfermedad, 13.7% es resultado de un accidente, 7.2% son condiciones de nacimiento y 4.1% es por otra causa (ver figura 8).

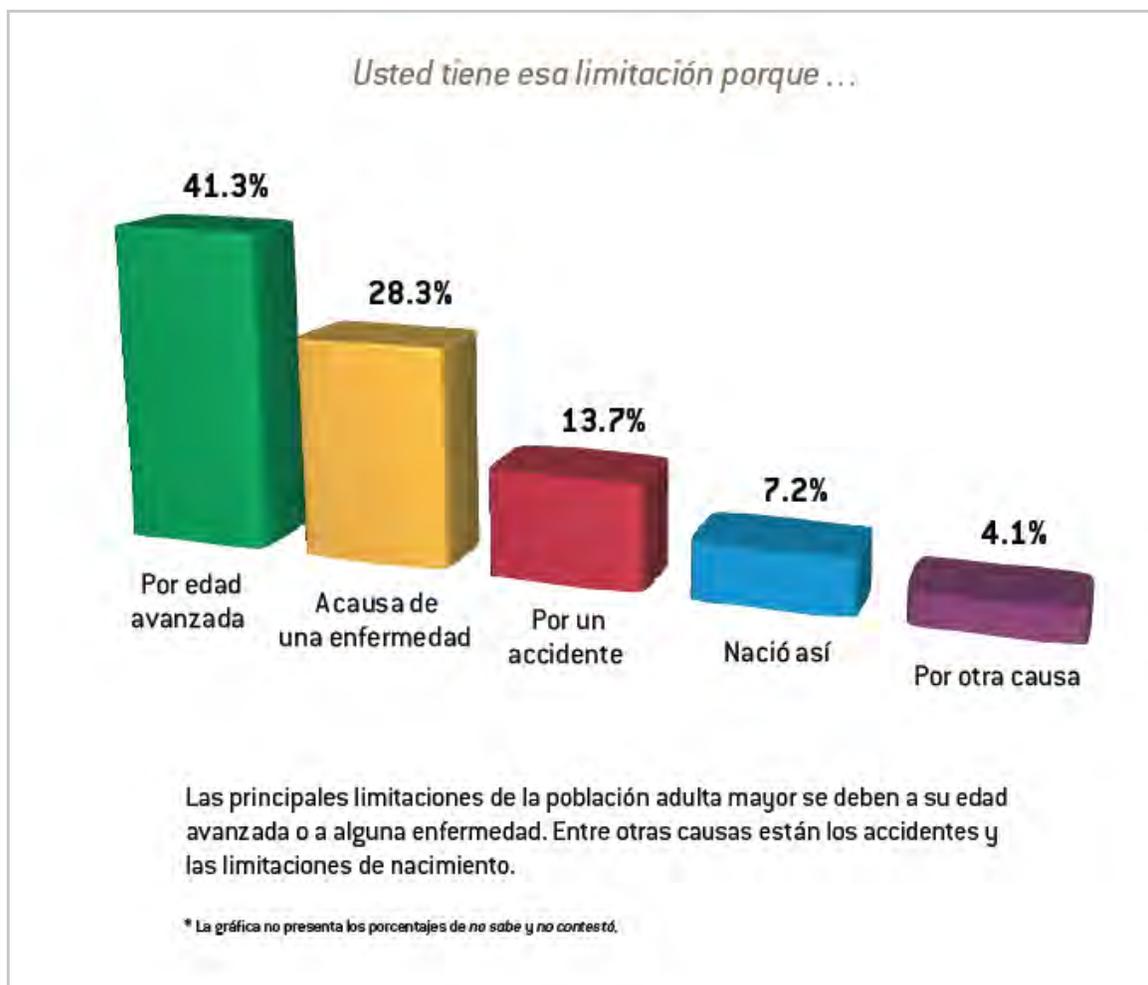


Figura 8. Usted tiene esa limitación porque...

Fuente: INAPAM (2011) Encuesta Nacional sobre Discriminación

Concluyendo y retomando la información que ya he planteado, el 8.99% de la población total contabilizada por el INAPAM (2011) son personas adultas mayores, es decir que aproximadamente 10 millones de habitantes están dentro de este porcentaje, donde encontramos que el 46.58% son hombres y el 53.42% son mujeres, siendo casados y viudos los estados civiles predominantes en la población. Además, el 25.04% de la población se dedica a las actividades agrícolas o ganaderas, mientras que el 1.91% se dedica a los servicios domésticos, siendo estos dos, los extremos de las ocupaciones. Sin embargo, el

61.8% de la población se sostiene económicamente de un familiar o de otra persona y el 27.6% recibe pensión por su trabajo; las mujeres son las que presentan una mayor dependencia económica de algún familiar u otra persona, cosa contraria que sucede con los hombres, al ser ellos la población mayoritaria al recibir pensión por su trabajo. Finalmente, el porcentaje de la población que presenta alguna limitación para moverse o caminar es muy parecido, al ser un 93.44% en hombres y un 93.69% en mujeres, siendo la edad avanzada la principal causa de estas limitaciones seguido de a causa de una enfermedad las principales limitaciones de la población.

Estos datos que ya han sido presentados nos contextualizan en cuanto a la realidad que vive la población de adulta mayor en el país con relación a los diversos ámbitos que influyen en el comportamiento de esta población. Si bien, podemos notar una diferencia importante en cuanto al sostén económico respecto al género de los encuestados, habría que determinar si también estas condiciones intervienen en el proceso de la enfermedad y la manera en que cada uno la vive. Esta condición en particular será comentada en el siguiente apartado con la finalidad de entender mejor cómo la enfermedad afecta a los adultos mayores y las complicaciones que tiene en esta población.

2.3 La diabetes tipo 2 en el adulto mayor

Con relación a la diabetes tipo 2 en adultos mayores, es necesario dar un panorama general de las enfermedades crónico-degenerativas, y nos referimos a aquellas que se incrementan de manera secuencial y afectan física y psicológicamente a las personas, provocando un desequilibrio y afectación en órganos y tejidos del cuerpo (González y Reyes, 2012), es por ello por lo que la intervención de los psicólogos en el trabajo de prevención, seguimiento y acompañamiento de las personas que padecen este tipo de enfermedades resulta de gran importancia. Por esta razón, la decisión de abordar una

enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes resulta interesante, ya que con base en los datos recopilados por investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, por sus siglas IMSS, Rodríguez-Moctezuma et al. (2015) la diabetes es el primer motivo de consulta en Medicina Interna y la segunda causa de consulta en el primer nivel de atención; así mismo, Gil-Velázquez et al. (2013) reportan que es el 5to lugar en consulta de especialidades y de urgencias y el 8vo lugar por motivo de hospitalización.

Una vez mencionado lo anterior, es necesario establecer qué es la diabetes, y cómo es definida para poder entender la gravedad de la enfermedad y por lo tanto mencionar las complicaciones que se presentan a lo largo de ella, para esto la Organización Mundial de la Salud, por sus siglas OMS, la define como “Una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.” (OMS, 2016, p.2). En este caso en particular, el sobrepeso y la obesidad se identifican como factores asociados de forma directa con la enfermedad (Cascaes et al., 2017) y puede repercutir gravemente en el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (Cantú, 2014).

Llorente, Miguel-Soca, Rivas y Borrego (2016) describen los factores de riesgo de la diabetes en 2 rubros:

1. Genéticos: Aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables
2. Ambientales: Son del surgimiento y desarrollo de la enfermedad ya que son susceptibles de prevención y control, fundamentalmente con cambios en los estilos de vida y uso de medidas como modificaciones en el consumo de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal.

Para la diabetes tipo 2, los factores de riesgo comprenden antecedentes familiares, alteraciones metabólicas y obesidad, cuya identificación temprana permite la prevención o reducción de sus complicaciones a corto y a largo plazo (Llorente et al., 2016).

De hecho, un factor importante en la enfermedad son los estilos de vida poco saludables que tienen los pacientes, ya que es una constante en cualquier rango de edad que estudiemos, tanto en niños, adolescentes como en adultos. Hernández-Ávila, Gutiérrez y Reynoso-Noverón (2013) consideran que estos estilos de vida son importantes debido a que la obesidad y el sobrepeso son un factor de riesgo modificable de la diabetes, incluso la mayoría de las estrategias de prevención proponen modificar los estilos de vida, tanto de la dieta como de actividad física y tabaquismo de los pacientes, con el objetivo de reducir la aparición de la diabetes y/o retrasar el avance.

Es por esto por lo que Gómez et al. (2012) decretan la importancia de tomar acciones determinantes al plantear los objetivos terapéuticos ya que se requieren aproximadamente entre 5 a 10 años para reducir las complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía y miocardiopatía) derivadas del control glucémico y aproximadamente 20 a 30 años para disminuir la morbilidad macro cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral y arteriopatía periférica) (Cases, 2002).

Entonces, es importante tener en cuenta que algunas de las complicaciones que ya hemos mencionado, no son propias de la edad de las personas, si no son propias de la enfermedad, sin embargo, hay que tomar en cuenta diversos factores que propician que las complicaciones se presenten en un tiempo más corto de tiempo, por lo que al enfrentarnos al estudio de la diabetes como enfermedad, nos enfrentamos a problemas como la falta de interés de las personas para informarse acerca de su enfermedad, inclusive hay una gran variedad de tratamientos relacionados a la modificación en los niveles

de insulina, de fármacos, dieta, ejercicios o una combinación de todos ellos, que tienen como resultado un bajo control metabólico (Velasco, 2016).

De hecho, Soler, Pérez, López y Quezada (2016), realizaron en Cuba un estudio sobre los conocimientos y autocuidados en pacientes con esta condición de salud, donde los resultados permitieron evidenciar la falta de conocimientos sobre la enfermedad y la ausencia de autocuidado de los pacientes, por lo que esa investigación da paso a la recomendación para el diseño e implementación de programas educativos que permitan mejorar el autocuidado en los pacientes.

En el mismo tema, Pasillas, Rentería y Rodríguez (2015) obtienen información importante, ya que de los 90 pacientes que participaron en una evaluación sobre conocimientos y adherencia a la dieta, 2 pacientes no tenían conocimientos sobre su enfermedad mientras que 6 no estaban familiarizados con temas nutricionales respecto a su condición de salud. Sin embargo, aunque no son cifras grandes en comparación con el resto de la población, se supondría que los pacientes deberían de saber aspectos relacionados a su enfermedad y a los cuidados que se deben de llevar a cabo.

Todavía cabe señalar lo que González, Bandera, Valle y Fernández (2015) comentan acerca de la falta de educación diabetológica, lo que arroja evidencia de la necesidad de realizar y continuar con acciones de prevención y promoción en el nivel primario de atención, ya que así se podrían disminuir las complicaciones y mejorar su evolución.

Adicionalmente, en la actualidad ya se cuentan con trabajos de investigación que permiten conocer cómo es el diagnóstico y el significado que le dan los pacientes adultos y adultos mayores a la enfermedad; Reyes, Salguero y Tena (2015) realizaron un estudio que permitió indagar más acerca de la enfermedad y encontraron que efectivamente la enfermedad genera un shock donde principalmente hay pensamientos respecto a la muerte y a el deterioro casi inmediato de la enfermedad, en ese sentido, Colunga et al. (2008) también

reportan información importante respecto al impacto de la diabetes, donde afirman que no solamente hay que tener en cuenta el impacto epidemiológico de esta enfermedad, sino también factores biológicos, psicológicos y sociales característicos de la población mexicana con esta condición sin dejar de lado la dinámica funcional para la atención en el sistema de salud de México.

De hecho, estas consecuencias que ya mencioné anteriormente son propias de la enfermedad, no únicamente de la población que estamos estudiando, sin embargo, habría que mencionar que existen algunas condiciones físicas que presentan los adultos mayores que propician el desarrollo o avance de las complicaciones de manera más rápida en comparación con otras poblaciones, por ejemplo, los cambios en las funciones de la células beta, cambios en la composición corporal provocando, muchas veces, resistencia a la acción de la insulina, reducción de masa muscular generando alteración en la captación de la glucosa (Sanzana, 2009), así como la elevada comorbilidad, la presencia de distintos problemas emocionales como el deterioro cognitivo o la depresión, la situación de dependencia y aislamiento social (Gómez, et al. (2012) entre otros.

Sin embargo, he mencionado la comparación con otras poblaciones porque uno de los problemas más importantes y alarmantes de la diabetes es que ya se ha comprobado que, en un inicio, la enfermedad se consideraba que afectaba solamente a población adulta mayor, sin embargo, hoy en día, ya hay datos que comprueban la existencia de esta enfermedad en población adulta (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007), población adolescente y en niños (Frenk y Márquez, 2010), esto debido en algunos casos a la predisposición genética, y en muchos de los casos (la mayoría) a los estilos de alimentación poco saludables y la presencia de grados de obesidad cada vez más frecuentes en poblaciones jóvenes en el país.

2.4 Etapas de la enfermedad

En el siguiente apartado hablaré de las etapas de la enfermedad, sin embargo, es importante explicar los tipos de diabetes y la manera en que se trabaja, desde el punto de vista médico, con los pacientes que padecen diabetes tipo 2 para así, poder establecer las complicaciones de la enfermedad con relación a la no adherencia al tratamiento, así mismo, mencionar las complicaciones de la enfermedad es de suma importancia para el entendimiento de la importancia de seguir las indicaciones de los diversos profesionales de la salud que tratan con la enfermedad.

Para empezar, específicamente, la diabetes se divide en dos tipos (OMS, 2016):

- El tipo 1, también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.
- El tipo 2, también llamada "Mellitus", se debe a una utilización ineficaz de la insulina, representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Si bien, el paciente no necesita aporte de insulina, podría necesitarlo a lo largo de la enfermedad.

De hecho, la Asociación Latinoamericana de Diabetes, por sus siglas ALAD (2009; p.12), establece que "La Diabetes Mellitus tipo 2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante". Es importante mencionar que, el exceso de peso disminuye la producción de la hormona de la insulina, por lo que es un factor importante para considerar al hablar de esta enfermedad.

Adicional a lo anterior, López (2009) menciona que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 generalmente presentan una deficiente generación de

insulina en las células beta (células que forman parte del páncreas y son las responsables de la producción de insulina), resistencia a la insulina o ambas. Sin embargo, hay factores a considerar que pueden ocasionar que se presente intolerancia a la glucosa, un estado prediabético lo que llevará al desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo 2, entre estos factores se encuentran la obesidad, el sedentarismo, estrés y tabaquismo.

En este punto, es pertinente mencionar, en términos médicos que, para poder determinar la presencia de diabetes, León (2012) menciona que hay parámetros establecidos que se toman en cuenta al momento de realizar el diagnóstico, sin embargo, el tratamiento o manejo de la enfermedad dependerá de varios factores. Los criterios son los siguientes:

1. Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas de diabetes poliuria (aumento de cantidad de orina durante el día), polidipsia (aumento anormal de sed) o pérdida de peso (inexplicada).
2. Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dl.
3. Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75 gr de glucosa.
4. Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Considerando lo anterior, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) establece que, de ser necesario corroborar el diagnóstico, se deberá realizar el mismo procedimiento que se utilizó en la primera ocasión y en el caso de las personas asintomáticas, es fundamental contar con un resultado adicional a los criterios 2 y 3, si aún con el nuevo resultado no es posible confirmar el diagnóstico, se debe de realizar controles periódicos hasta confirmar o rechazar el diagnóstico.

Habría que decir también que existen factores que aumentan la tendencia a tener Diabetes Mellitus, por lo que es necesario practicar pruebas de detección al menos 1 vez al año a personas que tengan un IMC mayor a 27, personas

obesas, pacientes que tengan familiares con diabetes, hipertensión, triglicéridos mayores de 150mg/dl, alteración previa de glucosa y diagnóstico de síndrome metabólico (ALAD, 2006).

Con respecto a la enfermedad, nuevamente la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2013), establece que la Diabetes Mellitus tipo 2 se puede subdividir en 3 grupos:

1. Predominante insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.
2. Predominante con un efecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina.
3. Defectos genéticos de la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas, infecciones, entre otros.

La importancia de identificar en qué etapa se encuentran los pacientes con Diabetes Mellitus radica en facilitar las estrategias de manejo e intervención; para identificarlas, nuevamente la Asociación Latinoamericana de Diabetes, por sus siglas ALAD (2008), brinda información importante acerca de las etapas de la enfermedad:

1. Normoglucesmia: los niveles de glucosa todavía son normales, sin embargo, ya hay procesos fisiopatológicos (relacionados con la Diabetes Mellitus) que ya se están ejecutando y pueden ser reconocidos en muchos casos.
2. Hiperglucesmia: los niveles de glucosa superan el límite normal, entonces se habla de dos etapas:
 - a. Regulación alterada de la glucosa (Glucemia de ayuno alterada e intolerancia a la glucosa)
 - b. Diabetes Mellitus subdividida en:
 - i) No insulino-requiriente
 - ii) Insulino-requiriente para lograr control metabólico

iii) Insulinorrequiriente para sobrevivir insulinodependiente)

La atención médica en este tipo de diabetes es fundamental para el tratamiento y manejo de las consecuencias, ya que Rodríguez, Rentería, Rosales, y Rodríguez, (2014) concuerdan que es una de las principales causas de incapacidad prematura de ceguera, insuficiencia renal terminal y de amputaciones no traumáticas. Sin embargo, no son solo las complicaciones que se pueden presentar, Hernández-Ávila et al. (2013) mencionan que también existen complicaciones como úlceras en piernas o pies, diálisis, infartos, coma diabético y ardor o dolor en los pies.

Por consiguiente, hablar de las etapas de la enfermedad nos obliga a hablar también sobre el tratamiento de la misma y, de hecho, la adherencia a los tratamientos es un problema fundamental en la enfermedad. Castillo-Núñez y Aguilar-Salinas (2016) mencionan que hay algunas condiciones que contribuyen a la pobre adherencia a los tratamientos en esta enfermedad, entre ellos se encuentran factores no relacionados con el paciente y tienen que ver con los problemas de los hospitales con relación a la falta de los medicamentos, además existen factores demográficos importantes, el bajo nivel de ingresos, el deterioro cognitivo, la pérdida de autocuidado, así como las creencias del paciente respecto al uso de los medicamentos con relación al funcionamiento, la complejidad del uso y el costo.

En cuanto a los tratamientos que se llevan a cabo con esta población, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2008) propone 2 tipos principales:

1. Tratamiento no farmacológico: este tratamiento es el único que puede controlar simultáneamente problemas metabólicos de los pacientes, como son la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial, es importante mencionar que hay evidencia de cambios significativos reduciendo de un 5 a un

10% el peso. Por lo cual, este tipo de tratamiento debe de ser de los primeros objetivos en el manejo de la diabetes con pacientes con sobrepeso. Este tratamiento no farmacológico se compone de 3 aspectos básicos:

- a. Plan de alimentación: plan totalmente personalizado y adaptado a las condiciones del paciente, debe ser distribuido en 5 o 6 comidas al día, bajo en sal o en su defecto la restricción total de la misma, con un nulo consumo de bebidas alcohólicas, incluyendo jugos y alimentos ricos en fibra.
 - b. Ejercicio físico: cuyo objetivo es el gasto calórico y debe cumplir con metas a corto, mediano y largo plazo, sin embargo, hay ciertos aspectos que es necesario tomar en cuenta al hacer el diseño de estos ejercicios, como no realizar ejercicios de alto riesgo, revisar los pies antes de cada actividad física y evitar realizarlo por pacientes descompensados.
 - c. Hábitos saludables: dejar de fumar es fundamental para los pacientes con diabetes, ya que esta actividad aumenta significativamente las complicaciones macrocardiovasculares.
2. Tratamiento farmacológico: el tratamiento que se determine para cada paciente está sujeto a una serie de condiciones que podría presentar, iniciando con la presencia de obesidad. Es importante mencionar que, si después de 3 meses de tratamiento con medidas no farmacológicas no se consigue el control glucémico, entonces se debe iniciar tratamiento farmacológico (California, Healthcare Foundation, 2003, citado en Gil-Velázquez et al., 2013), entre los medicamentos que se utilizan se encuentran la metformina, tiazolidinedionas, sulfonilureas, meglitinidas, inhibidores de la alfa glucosidasa, inhibidores de la dipeptidilpeptidasa IV, Insulina, entre otros (Sanzana, 2009).

En este punto, es importante aclarar los límites de nuestra profesión en cuanto al campo de acción que tenemos. Si bien, nosotros no podemos modificar o establecer indicaciones médicas, como es el caso de los tipos de tratamientos para los pacientes, sí podemos contribuir a generar habilidades que les permitan a los pacientes adquirir adherencia a los tratamientos, adherencia a las dietas, reforzar o extinguir comportamientos que contribuyan en un proceso positivo de salud para los pacientes. Sin embargo, no deja de ser importante tener conocimiento de cómo se maneja la enfermedad desde otros puntos de vista profesionales, ya que esto nos da una idea de la manera en que son abordados y también permite identificar situaciones que podrían ser problemáticas para los pacientes y que afectan su estado psicológico, muchas de ellas que ya están siendo investigadas y serán abordadas más adelante.

Sin embargo, pareciera que es una enfermedad como cualquier otra, pero las consecuencias de un mal manejo de la enfermedad, al no seguir las indicaciones de los profesionales involucrados pueden ocasionar que la enfermedad se agrave de manera significativa.

Por eso, es de gran importancia conocer en términos de estadísticas y datos importantes, la situación actual que se vive en el país con relación a la enfermedad, para ello, habría que retomar diversos autores que se han dado a la tarea de investigar sobre el tema. Entre ellos encontramos a Gil-Velázquez, Sil-Acosta, Domínguez-Sánchez, Torres-Arreola y Medina-Chávez (2013) quienes reportan que a nivel mundial existen 170 millones de personas afectadas; en América Latina se conocían 13.3 millones de casos y finalmente en México se calculan 6.8 millones de personas diabéticas (Sil-Acosta, Aguilar-Sánchez, Echeverría-Zuno, Michaus-Romero y Torres-Arreola, 2013).

Las estadísticas reportadas por Gil-Velázquez et al. (2013) con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que la diabetes es la primera causa de muerte en México desde el año 2000, inclusive retomando

cifras oficiales que reportó el Sistema Institucional de Mortalidad en el 2011 sobre las muertes registradas en el periodo del 2004 al 2011, 21096 muertes fueron ocasionadas por diabetes, es decir entre el porcentaje de muertes oscila entre el 18% y 20%.

Siguiendo esta línea, los datos publicados por Riveros (2005) establecen que la diabetes mellitus ocupa los primeros lugares durante varios años en los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs: Disability Adjusted Life Years, en inglés) que se refiere a la pérdida de la calidad de vida, así como a la pérdida de años de vida por enfermedades no transmisibles en los países americanos con relativa baja mortalidad, entre los cuales se encuentra México. Rodríguez-Ábrego, Escobedo, Zurita y Ramírez (2007) realizaron una estimación sobre la muerte prematura por diversas enfermedades en derechohabientes del IMSS en las delegaciones de la CDMX entre 1995 y 2000 y encontraron que para los años de 1995, la primera causa de muerte en México era la Cardiopatía Isquémica, mientras que la segunda causa de muerte era la Diabetes Mellitus, sin embargo para el año 2000, la Diabetes Mellitus era la primera causa de muerte en México, como también el primer lugar en la enfermedad con más años vividos con discapacidad y también el primer lugar en el rubro de los años de vida saludables perdidos, lo que nos da datos suficientes para considerarla como un punto importante para el trabajo multidisciplinario que se realiza con esta población.

Con relación a lo anterior, el INEGI (2005; citado en Riveros, 2005) también proporciona información respecto a las principales causas de muerte en los últimos 10 años, entre ellas se encuentran padecimientos como la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, los accidentes cardiovasculares, junto con la diabetes mellitus. Por lo que, Moreno-Altamirano y Limón-Cruz (2009, citado en Izquierdo-Valenzuela, Boldo-León y Muñoz-Cano, 2010) informan que, en México, de cada 100 personas que tienen diabetes, 14 presentan nefropatía (daños en el riñón), 10 neuropatía (daños principalmente

en los nervios de las piernas y los pies seguido de afectaciones en diversas partes del cuerpo), 10 pie diabético (úlceras y lesiones), 5 ceguera y 1 de cada 3 termina con alguna amputación.

Indiscutiblemente, el panorama en términos numéricos nos brinda cifras para conocer cómo es la situación de la enfermedad en esta población en los últimos años y la gravedad de la misma en términos de consecuencias, por lo que habría que tener en cuenta varios factores en el tema al diseñar intervenciones que permitan incluir y trabajar con estas complicaciones antes, durante y posiblemente después de presentarse.

CAPÍTULO 3: LA PSICOLOGÍA Y LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE DIABETES TIPO 2

3.1 Definición de calidad de vida

Hablar de calidad de vida es un tema bastante interesante, ya que se ha abordado desde años atrás y con el paso de los mismos, se ha incluido cada vez más en el diseño de los programas médicos y psicológicos, lo que refleja un interés de los profesionales del área de la salud en el tema.

Vinaccia (2010) menciona que a partir de los años 80's el término de calidad de vida se hizo popular, posiblemente como consecuencia de los cambios en los porcentajes de morbimortalidad que se reportaban en algunos países desarrollados como resultado del incremento de la esperanza de vida y el aumento de las enfermedades crónicas, todo esto llevó a finales de estos años a establecer el concepto de "calidad de vida relacionada con la salud" sustentándose en las investigaciones que se enfocaban en la calidad de vida de ciertos grupos de la población con alguna enfermedad derivada de la complicación de la misma o de algún accidente.

Diversos autores se han dado a la tarea de investigar y proponer definiciones para este concepto, por una parte, Monés (2004) propone que la calidad de vida es la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social, mientras que Hörnquist (1989, citado en Consiglio y Beloso, 2003) define la calidad de vida como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con un énfasis particular en el bienestar del individuo. Finalmente, Osorio, Olvera, Bazán y Gaitán (2016) establecen que la calidad de vida como objeto de estudio de la psicología, es un componente fundamental del bienestar humano y está relacionado con aspectos como salud, habilidades de interacción personales, habilidades sociales en relación con la familia, escuela, trabajo y comunidad.

Entonces, el termino calidad de vida, de acuerdo con De los Ríos, Barrios y Ávila (2005, citado en Bautista y Zambrano, 2015), hace referencia a la medición de la opinión de los pacientes con respecto a su propia salud tomando en cuenta componentes físicos, psicológicos y sociales, sin embargo, no hay que dejar de lado la otra parte, que también funge para evaluar la efectividad de las intervenciones del personal de salud, así como de las instituciones.

En cuanto a las dimensiones que en su conjunto comprenden la calidad de vida, Kazak (1994, citado en García, 2014) brinda 3 categorías diferentes:

1. Física: haciendo referencia al estado físico o de salud en función de la presencia o ausencia de enfermedad.
2. Psicológica: refiriéndose a la percepción individual sobre el estado cognitivo y afectivo, tomando en cuenta emociones, creencias personales, significados y actitudes ante ciertas situaciones.
3. Social: relacionado a la percepción individual que se tiene sobre las relaciones interpersonales y el rol social que se tiene, así mismo comprende también el apoyo familiar y social.

Sin embargo, hablar de calidad de vida comprende algo más allá que un significado o una definición, implica la evaluación de distintas áreas que brindan datos que permiten establecer el nivel de calidad de vida que tiene un individuo con relación a situaciones particulares, para esto Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009, citados en García, 2014) proponen 12 áreas que integran la calidad de vida, las cuales son:

1. Preocupaciones: refiriéndose a los cambios consecuentes del proceso de enfermedad que afectan la percepción de la interacción con las otras personas.
2. Desempeño físico: hace referencia a la capacidad que el paciente percibe para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

3. Aislamiento: refiriéndose a los sentimientos de separación o soledad de su grupo habitual.
4. Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción o insatisfacción que la persona tiene respecto a su físico.
5. Funciones cognitivas: centrándose a los problemas en funciones cognitivas como son la memoria y la concentración.
6. Actitud ante el tratamiento: evalúa el nivel de adherencia a un tratamiento.
7. Tiempo libre: refiriéndose a la percepción del paciente respecto al desempeño y disfrute de actividades recreativas en función de su enfermedad.
8. Vida cotidiana: evalúa el grado de satisfacción o insatisfacción en función a los cambios en las rutinas derivados de una enfermedad.
9. Familia: refiriéndose a la percepción del apoyo emocional que brindan los familiares.
10. Redes sociales: hace referencia a los recursos que posea el paciente para la resolución de problemas.
11. Dependencia médica: refiriéndose al grado o nivel en que el paciente responsabiliza de su bienestar y salud al médico o personal de salud que lo trate.
- 12: Relación con el médico: hace referencia al grado en el que el paciente se sienta cómodo con la atención que recibe.

Todos estos parámetros que anteriormente se han descrito, forman parte de un abanico de áreas que pueden ser evaluadas para determinar la calidad de vida de un paciente, de hecho, ya existen diferentes maneras de hacerlo mediante algunos instrumentos que han sido utilizados en diversas investigaciones. Sin embargo, Gómez-Vela y Sabeh (2000, citado en García, 2014) proponen dos maneras de evaluarse, desde un enfoque cualitativo y del enfoque cuantitativo.

El enfoque cualitativo hace referencia a la medición en términos objetivos, pudiendo evaluar indicadores sociales (como es la salud, el bienestar social, la educación), psicológicos (evaluando las reacciones de los pacientes en función de determinadas experiencias) y ecológicos o ambientales (midiendo los ajustes de los recursos de la persona y las demandas del ambiente). Entre los instrumentos que evalúan la calidad de vida se encuentran algunos que enlistan Riveros, Castro y Tapia (2009), entre ellos están:

- 4 Perfil de Salud de Nittingham adaptado a la población por Alonso, Antó y Moreno (1990) y evalúa aspectos relacionados a reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, energía, movilidad y dolor.
- 5 SF-36 traducido al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y evalúa componentes físicos como función física, dolor corporal, rol físico y salud en general, así como componentes mentales como rol emocional, funciones sociales, vitalidad y salud mental.
- 6 Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos PECVEC cuya adaptación al español fue hecha por Fernández, Rancano y Hernández (1999) y evalúa áreas de función psicológica, estado de ánimo, funcionamiento, bienestar social y capacidad física.
- 7 Coop-Wonca traducido al español por Lizán y Reig (1999) comprende áreas relacionadas a las actividades cotidianas, actividades sociales, sentimientos, percepción física, estado de salud, así como los cambios dentro de ella y dolor.
- 8 Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa creado por Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009) cuya evaluación está dividida por 12 áreas relacionadas a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: preocupaciones, tiempo libre, aislamiento, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, desempeño físico, vida cotidiana, familia, percepción corporal, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico.

En cuanto al enfoque cualitativo, éste hace referencia a adoptar una postura de escucha hacia el paciente mediante la narración de sus experiencias y problemas, pudiendo establecer cómo los servicios sociales pueden brindar un apoyo eficaz. Sin embargo, Riveros et al. (2009) sugieren tener precaución al utilizar este tipo de evaluación, ya que las personas pueden mostrar distorsiones sobre su calidad de vida con relación a sus emociones y circunstancias de la vida en el momento de la evaluación.

Entonces, no hay que perder de vista que la calidad en el adulto mayor también está relacionada directamente con el proceso de autonomía, así como el reconocimiento de su pasado y su proyección a futuro dentro de su contexto social, ya que este último componente resulta de suma importancia, además de los componentes biológicos, en la percepción de la calidad de vida (Krzbaemien, 2001, citado en Flores, Vega y González, 2011).

Con todo lo que ya he comentado, es de suma importancia tener en cuenta que la calidad de vida relacionada con la salud se basa fundamentalmente en la percepción del paciente en función de la evaluación de los resultados de la misma, los cuales se obtienen mediante el desarrollo de instrumentos que permiten que esa medida sea válida, confiable y que aporte evidencia empírica para la toma de decisiones de salud (Testa, 1996, citado en Botero & Pico, 2007). Incluso, De los Ríos y Barrios (2005, citados en Bautista y Zambrano, 2015) mencionan que el término calidad de vida hace referencia a una medida implementada centrada en el paciente, donde mide, por un lado, la opinión respecto a su propia salud tomando en cuenta 3 dimensiones, física, psicológica y social, y por el otro lado, evalúa la efectividad de las acciones del personal de salud y los programas de las instituciones de salud.

Finalmente, la calidad de vida relacionada con la población de los adultos mayores posee componentes teóricos y empíricos fundamentales; Fernández-Ballesteros (1998, citado en Flores et al., 2011) establece que entre estos componentes determinantes se encuentran: la salud (disfrutar de buena salud),

aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). De acuerdo con la investigación de este autor, estos componentes no presentan variaciones en cuanto al género, edad o estado social.

3.2 Relación entre calidad de vida y psicología

Si bien, el tema de las diabetes mellitus tipo 2 es un tema bastante extenso y con diversas repercusiones en las personas, Riveros, Cortázar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa (2005) reportan que las consecuencias que se tienen son tan impactantes debido a que el simple diagnóstico implica una serie de pérdidas en cuanto al estado de salud, obligando al paciente a realizar un cambio de conducta para generar nuevas rutinas que permitan lograr la adherencia terapéutica.

Es importante tener en cuenta la relación que se crea entre calidad de vida y la psicología, ya que la calidad de vida incluye factores psicológicos que tienen relación en ella. En el caso de los adultos mayores, se vive un conjunto de cambios que tienen impacto en diversas áreas, por un lado, físicas, como la falta de movilidad y la pérdida de la salud y también psicológicas como la disminución de la autonomía.

De acuerdo con lo reportado Lobo, Sants y Carvalho (2007), la pérdida de la autonomía puede provocar alteraciones en la calidad de vida llegando a causar dependencia de otras personas para realizar las actividades diarias. Además, se tienen datos sobre un mayor índice de depresión en la población diabética, junto

con la ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001; citados en Riveros et al., 2005). En relación con estos últimos datos, Ávila, Melano, Payette y Amieva (2007, citado en Mercado, Oudhof y Robles, 2014) afirman que es altamente probable que la depresión cause sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez, ya que este conjunto de características produce un efecto negativo en las capacidades funcionales que posee el adulto mayor al afectar sus capacidades tanto físicas como sociales. Inclusive, Escobar y Escobar (2016) indican que las personas con diabetes tipo 2 tienen mayor riesgo (el doble) de sufrir depresión en comparación con las personas sanas. De igual modo, Sánchez-Cruz, Hipólito-Lóenzo, Mugártegui-Sánchez, Yáñez-González (2016) afirman que el estrés y la depresión son factores asociados a un descontrol metabólico derivado a la falta de adherencia al tratamiento por olvido o descuido; Méndez y Beléndez (1994) mencionan que la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico del paciente, favoreciendo la disminución de actividad física y por lo tanto el aumento de la obesidad aumentando las complicaciones de la enfermedad.

Al respecto, existen investigaciones (Díaz, 1993, Neel, 1999, INEGI, 2002 y Lerman, 2003, citados en Colunga et al., 2008) que establecen que el proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad no es lineal en todos los pacientes y este proceso tiene componentes como la negación, depresión, ira y negociación para finalmente lograr la aceptación de la enfermedad y así asumir las condiciones que esta presenta para su vida.

En este punto, cabe mencionar la importancia del apoyo familiar en el proceso de aceptación de la enfermedad, Tapia (2017) menciona que se ha confirmado que los pacientes que reciben poco o nulo apoyo familiar y califican el estado de salud como pobre, presentan mayor angustia psicológica en comparación con los pacientes que reciben apoyo de sus familiares, aunque no sea específicamente en cuestiones de salud, presentan poca angustia psicológica. Estos datos coinciden con lo que Martínez y Torres (2007) reportan

en una investigación que realizaron, agregando que, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente sobre el tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud, sin embargo, cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto será inverso, es decir tendrá una influencia negativa. Incluso, Alcaíno, Bastías, Benavides, Figueroa y Luengo (2014) mencionan que el apoyo social es fundamental ya que permite disminuir el grado de estrés distribuyéndolo entre los integrantes del grupo de apoyo lo que facilita la toma de decisiones mejorando la calidad de vida de los afectados. Esto es muy importante, ya que, de no poder adaptarse a las nuevas condiciones resultantes de la enfermedad, los pacientes presentan comportamientos contrarios a los deseados, abandonando los tratamientos generando altos niveles de ansiedad y en muchas ocasiones, depresión. Sin embargo, no hay que dejar pasar por alto que la diabetes es una de las enfermedades crónicas con una alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento (Terechenko, Baute y Zamonsky, 2015), sin duda alguna el componente familiar es parte fundamental en el manejo de esta enfermedad.

También es importante entender cómo afecta la depresión a los adultos mayores por lo que es necesario brindar una definición sobre la misma; de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014) el trastorno depresivo es la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable acompañado de una disminución del interés o en la capacidad para realizar actividades durante la mayor parte del día o durante las últimas dos semanas, es acompañado de pérdida de peso, insomnio, agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para pensar, concentrarse y para la toma de decisiones así como pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideación suicida.

Martínez, Hernández y Godínez (2012) establecen que este trastorno afectivo se caracteriza por un conjunto de manifestaciones psicofísicas que alteran la vitalidad y funcionamiento de las personas en sus actividades cotidianas.

Por esto, Morales (2017) menciona que la depresión provoca una incapacidad para realizar las actividades cotidianas, afectando significativamente las relaciones familiares, con amigos y la interacción en los ambientes laborales, repercutiendo también económicamente en quienes la padecen. De hecho, Kurlowics y Greenberg (2007, citados en Jonis y Llacta, 2013) mencionan que se debe tratar la depresión de manera inmediata y de forma adecuada, ya que de lo contrario puede tener repercusiones físicas, cognitivas y sociales, acelerando el deterioro físico, retardando la recuperación de las enfermedades y cirugías, aumentando la frecuencia de los usos de servicios médicos, inclusive terminando en el suicidio de las personas, por mencionar algunas de las consecuencias.

En cuanto a la depresión específicamente en adultos mayores, Peña-Solano, Herazo-Dilson y Calvo-Gómez (2009) realizaron un estudio sobre los aspectos clínicos más relevantes del trastorno depresivo, este estudio permite establecer que se presentan características como insomnio, pérdida de apetito, carácter irritable, suspensión de tratamientos que seguía anteriormente, aumento del llanto y aislamiento social, entre otros. Estos factores que ya he mencionado anteriormente repercuten en la calidad de vida de las personas, lo que tendrá una afectación psicológica considerable. Si bien, estos factores no son únicamente los que influyen sobre las modificaciones conductuales que presentan las personas, tienen gran peso en ello.

Sin embargo, la depresión no es el único punto psicológico importante en esta población, ya que existen investigaciones que reportan comportamientos psicológicos que también requieren atención por tener un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes. Una de ellas es la de Constantino-Cerna, Bocanegra-Malca, León-Jiménez y Díaz-Vélez (2014) quienes reportan que los pacientes con depresión y ansiedad frecuentemente no cumplen con las indicaciones médicas sobre el tratamiento, las actividades físicas y la dieta que se requiere en esta enfermedad generando una calidad de vida “mala” para

ellos. Adicionalmente, otros autores también reportan que estos síntomas de ansiedad y depresión son importantes debido a los efectos negativos en el control glucémico, el apego al tratamiento y la calidad de vida (Pineda, Stewart, Galindo y Stephens, 2007, Nau, Aikens y Pacholski, 2007 y Hervás, Zabaleta, De Miguel, et al, 2007, citados en Fabián, García y Cobo, 2010). Entonces, identificar e intervenir en estos aspectos, es un punto importante que considerar para evitar disminución de la calidad de vida y problemas de conductas de autocuidado (Martínez et al., 2014)

Nuevamente, para entender mejor esta condición, es importante realizar una revisión a la definición brindada sobre la ansiedad con la finalidad de entender cuáles son las características y cómo se relacionan con los pacientes con diabetes tipo 2. Para esto, Virgen, Lara, Morales y Villaseñor (2005, p.2) definen a la ansiedad como:

“Aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos. (...) Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que, partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.”

Entonces, retomando a los autores, la ansiedad generará diversas repercusiones a nivel cognitivo en los pacientes que la padezcan, de hecho, afecta los procesos de pensamiento, memoria, aprendizaje, genera confusión y distorsiones de la percepción de la realidad. Sin embargo, la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión ha sido documentada por varios autores, entre ellos Fabián et al. (2010) quienes reportan que los pacientes con diabetes

mellitus tipo 2 que presentan complicaciones de la enfermedad, como nefropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción sexual, tienen a tener un mayor riesgo de estos síntomas en comparación con los pacientes que aún no tienen complicaciones. Los autores discuten la presencia de estos síntomas como producto de la dificultad para controlar la enfermedad y que, además, estos síntomas psicológicos frecuentemente no los identifica y trata el médico. Proponiendo que la evaluación de la salud psicológica puede resultar en mejor atención médica para la enfermedad ya que estas condiciones son un obstáculo importante en el tratamiento de la enfermedad y es la principal causa de no apego a los tratamientos.

3.3 Trabajos que se han realizado en personas con condición de diabetes tipo 2

A lo largo del tiempo se han desarrollado programas que están enfocados exclusivamente en el cuidado de la diabetes en los pacientes que la padecen, sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las estrategias que se han implementado contemplan los mismos elementos a tratar, lo que ha dado paso a distintas líneas de investigación para abordar el tema.

Diversos profesionales de la salud en diversos países se han dado a la tarea de investigar la enfermedad y la población, así como los factores que están presentes en ellas, gracias a estas investigaciones conocemos cuales son elementos principales de la enfermedad y la presencia de los mismos a lo largo de la vida de las personas y las implicaciones tanto médicas, como psicológicas que son de interés para los profesionales que están inmersos en esta investigación.

En este sentido, habría que reconocer la inquietud de abordar este tema alrededor del mundo, sin embargo, sabemos que la Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad muy extensa y tengo en cuenta las limitaciones para abordar

todas las investigaciones que se han hecho a lo largo del tiempo, por lo que he decidido mencionar algunas de ellas con la finalidad de conocer qué es lo que se ha hecho en el mundo, así como en el país para investigar y tratar la enfermedad.

Primero, hablaré sobre la investigación mundial que se ha realizado con relación al interés en esta enfermedad, en este sentido, podemos mencionar los trabajos realizados por algunos profesionales españoles como lo han sido Ariza et al. (2011) quienes llevaron a cabo una investigación donde el objetivo fue conocer la mejora de control (metabólico y factores de riesgo cardiovascular), adherencia, autocontrol, autocuidados y actitudes/motivaciones de los diabéticos tipo 2 de una institución de salud después de una intervención comunitaria global: educación diabetológica y ejercicio físico.

Participaron 120 pacientes con diabetes tipo 2 cuyas edades oscilan entre los 40 - 70 años y se llevaron a cabo 2 tipos de intervención: educación diabetológica que incluía contenido básico sobre la diabetes, impartido por médicos, enfermeros y nutriólogos del centro de salud, por otro lado se realizó una intervención de ejercicio físico grupal monitorizado de tipo aeróbico de intensidad moderada durante 3 a 4 sesiones semanales de 60 minutos cada una, dicha intervención fue monitorizada y supervisada por un especialista en educación física y un monitor auxiliar. Utilizaron el test de cumplimiento auto comunicado de Haynes-Sackett para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, aplicaron un cuestionario simple para medir el cumplimiento del ejercicio, así como un registro de hábitos alimentarios para evaluar el cumplimiento dietético y finalmente aplicaron también, la encuesta *Diabetes Attitude Scale* para medir las motivaciones y actitudes ante los programas de educación diabetológica.

Los resultados arrojaron datos que permiten confirmar que la combinación de educación diabetológica y ejercicio físico tiene un mejor impacto al aplicarse en conjunto sobre el control metabólico, IMC y la presión arterial aumentando el control y el seguimiento de las recomendaciones para la enfermedad, además

de que sí hay un cambio respecto a las motivaciones y actitudes con relación a la educación diabetológica y el ejercicio como parte de la estrategia.

Otra investigación que se llevó a cabo fue la de González, Bandera, Valle y Fernández (2015) quienes realizaron una investigación que tuvo varios objetivos, los cuales fueron 1. Caracterizar a los pacientes diabéticos tipo 2 según la edad y el sexo, 2. Identificarle nivel de conocimiento de los pacientes en relación con algunos aspectos de la educación diabetológica, 3. Determinar la relación entre el nivel de escolaridad de los pacientes y los ante-cedentes familiares de diabetes con su educación diabetológica, 4. Determinar la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel de educación diabetológica y 5. Identificarlas complicaciones de la enfermedad más frecuentes en los pacientes encuestados.

Los participantes fueron 88 pacientes de más de 65 años y se les aplicó una encuesta creada por los autores donde se evaluaban diversos rubros, entre ellos, edad, genética, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes, complicaciones, reconocimiento de síntomas, autocontrol de glucosa, actividad física y cuidados de los pies.

Los resultados arrojaron que, en este estudio, predominó el sexo femenino en los participantes y la medida de edad fue de más de 65 años, se pudo establecer un inaceptable nivel de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad relacionado con un tiempo corto de evolución de la enfermedad, además de que el nivel de escolaridad y los antecedentes familiares afectan el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y las complicaciones infecciosas son las que se presentan con mayor frecuencia.

Además, también encontramos el trabajo realizado por Parra-Sánchez, et al. (2015) quienes llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar si un programa de ejercicio físico modifica la hemoglobina glucosilada, la presión

arterial, el índice de masa corporal, la lipidemia, el riesgo cardiovascular, el estado de salud percibido y el gasto farmacéutico.

Participaron 100 diabéticos tipo 2 cuyas edades se encontraban entre los 65 y 80 años y las sesiones de ejercicio fueron de 50 minutos, 2 días a la semana (no consecutivos) durante 3 meses, fueron establecidas 6 citas cada 15 días para llevar a cabo las mediciones de los parámetros a evaluar.

Los resultados arrojan que el ejercicio aeróbico supervisado en adultos mayores con diabetes tipo 2 mayores a 65 años se asocia con una mejoría en la hemoglobina glucosilada, así como en la presión arterial, el riesgo cardiovascular, el estado de salud percibido y la disminución del gasto farmacéutico.

Finalmente, una de las investigaciones más recientes que se ha realizado en este país, fue la planteada por Cascaes et al. (2017) donde su interés fundamental fue comparar los resultados de diferentes ejercicios físicos desarrollados durante 24 semanas relacionados con la calidad de vida y salud de pacientes con diabetes tipo 2.

Los participantes fueron 40 personas de entre 40 y 75 años, y fueron divididos aleatoriamente en 3 grupos, 1. ejercicio aeróbico (realizaron caminata 3 veces a la semana con duración de 15 a 65 minutos), 2. ejercicio resistido (ejercicios con pesas 3 veces por semana) y 3. ejercicio de flexibilidad (sesiones de estiramiento y relajación de 60 minutos). Se aplicaron diversos instrumentos, entre ellos el *Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q 1 y 2)* para medir la aptitud para la actividad física en relación a algunas condiciones de salud y factores de riesgo y se aplicó el *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)* para medir la calidad de vida relacionada con las condiciones de salud estableciendo los rubros de capacidad funcional, aspecto físico, aspecto social, aspecto emocional, dolor, estado general de salud, vitalidad y salud mental.

Los resultados nos permiten establecer que el ejercicio aeróbico mejoró la calidad de vida en los dominios de capacidad funcional, vitalidad y salud mental y el ejercicio resistido mejoró los dominios de vitalidad y salud mental. Concluyendo que el ejercicio físico es fundamental en el control de la diabetes y el ejercicio aeróbico demostró ser el mejor al tener un impacto sobre significativo en las lipoproteínas de alta y baja densidad.

Sin embargo, también se ha llevado a cabo investigación en otros continentes; al menos en Latinoamérica, Chile es uno de países que ha tenido inquietud sobre el tema, de hecho, Alcaíno et al. (2014) realizaron un trabajo que tuvo como objetivo determinar los factores familiares relacionados con el cumplimiento del tratamiento de la DM2 de los adultos mayores.

Participaron 55 adultos mayores de más de 65 años y se aplicó una encuesta sociodemográfica creada por los autores para registrar características personales y antecedentes familiares, el APGAR familiar para medir el funcionamiento familiar, la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet para los diabéticos tipo 2 para medir la percepción del apoyo social y se aplicó el cuestionario de Morisky Green para medir si existe o no el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Los resultados permiten concluir que el cumplimiento del tratamiento está asociado significativamente con la estructura familiar, así como la dinámica de la misma, el género (mayoritariamente en mujeres), la presencia de pareja y el apoyo social percibido.

Así mismo, Bello y Montoya (2017) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue describir la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y sus factores relacionados, para poder orientar a los profesionales de la salud de atención primaria en la planificación de estrategias que promuevan el mejoramiento del control metabólico.

Participaron 116 adultos mayores cuya edad media fue de 71 años y se aplicaron 3 instrumentos: el Cuestionario de adherencia farmacológica de Morisky Green el cual mide la adherencia al tratamiento farmacológico, el APGAR familiar, el cual mide el grado de funcionamiento familiar percibido por los enfermos categorizando a las familias como altamente funcionales, moderadamente funcionales y gravemente disfuncionales y también se aplicó un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 midiendo los conocimientos sobre medidas de control, complicaciones, actitud hacia el enfermo, actitud hacia las medidas de control de la diabetes categorizando el apoyo familiar como bajo, medio y alto.

Los resultados arrojaron que los diabéticos con una edad menor a 80 años, que cursaron estudios básicos y tienen nivel socioeconómico bajo, presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico, sin embargo, las características familiares, así como el funcionamiento familiar y el tipo de familia se relacionan débilmente con la adherencia, por lo que se agrega que la disposición y el compromiso del sujeto es lo que determina la adherencia farmacológica.

Adicionalmente, Uruguay también es un país que se ha unido a la investigación sobre la condición de diabetes en sus habitantes, tal es el caso de la investigación realizada por Terechenko et al. (2015) quienes tuvieron el interés de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos que son atendidos en Instituciones Médicas de la ciudad de Carmelo, Uruguay.

Los participantes fueron 100 personas entre 45 a 75 años y se aplicaron dos instrumentos, el test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento y un cuestionario creado por los autores para evaluar los objetivos planteados para el estudio.

Los resultados arrojaron datos que permiten establecer la prevalencia de adherencia al tratamiento al encontrar 56 casos que sí están adheridos, sin embargo, el mayor problema para adherirse al tratamiento en los pacientes restantes es la adquisición de hábitos saludables.

Estos estudios se relacionan también con el realizado en Colombia por Bautista y Zambrano (2015) quienes su objetivo fundamental de su estudio fue describir y comprar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con diabetes tipo 2.

Participaron 287 pacientes de entre 50 y 80 años y se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL) que permite conocer la satisfacción, el impacto y la preocupación que tienen los pacientes diabéticos.

Los resultados permiten establecer que no existen diferencias significativas respecto a la calidad de vida con relación al género, sin embargo, el bajo nivel escolar afecta la obtención de información sobre la enfermedad y la calidad de vida se ve afectada principalmente en el rubro del impacto del tratamiento por las complicaciones propias de la enfermedad.

Entonces, el hablar de la investigación mundial nos brinda un panorama de lo que se ha llevado a cabo en otros países, hora es momento de comentar lo que se ha hecho en nuestro país. Entonces, para ello es pertinente mencionar investigaciones relevantes como lo han sido, el trabajo realizado por Izquierdo-Valenzuela et al. (2010) quienes realizaron un estudio para establecer los riesgos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco, trabajaron con 112 participantes con un rango de edades de 25 a 64 años y los resultados arrojaron que los principales factores de riesgo de la población fueron, el Índice de Masa Corporal mayor a los parámetros establecidos (88%), la circunferencia de la cintura mayor a la espalda (78%), el bajo consumo de vegetales en la dieta (58%), la falta de ejercicio (36%) y

finalmente antecedentes familiares con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 (54%).

Por otra parte, Rodríguez, Rodríguez, Rentería y Nava (2013) diseñaron y aplicaron un taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2 basados en el modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes en 1990 en donde se incluían educación diabetológica y técnicas de modificación conductual con el objetivo de evaluar el impacto de un programa de intervención en el control de los pacientes sobre sus niveles de glucosa en sangre en 95 pacientes con edades entre 34 y 86 años.

Los resultados muestran que mediante la toma de glucosa antes y después del taller, sí se encontraron resultados significativos logrando mantener debajo de la norma los niveles de glucosa de los pacientes participantes, sin embargo, no se tienen datos para hacer un seguimiento de los efectos y así poder establecer si el cambio fue solamente momentáneo o se mantuvo con el paso del tiempo.

Finalmente, es importante mencionar que los autores establecen que el control glucémico debe tomarse en cuenta en cualquier programa para pacientes con diabetes ya que es un indicador objetivo de los cambios en las prácticas alimentarias.

Adicionalmente, Rodríguez et al. (2014) diseñaron una propuesta educativa fundamentada en el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes en 1990 para promover conductas de prevención en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Esta propuesta está orientada a la capacitación en 3 áreas principales, nutrición, actividad física y monitorización. Para esto, habría que establecer bloques (competencias generales), unidades (competencias específicas), seminarios y talleres (competencias discursivas e instrumentales) y prácticas (integración de todo lo anterior para lograr la competencia general), todo esto le permitirá a la persona lidiar de la mejor manera con la enfermedad.

Esta propuesta educativa está pensada para evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos descritos en el programa y determinar el nivel de capacitación con el que contará el paciente al finalizar el curso, así como la evaluación de la estructura en función de los objetivos que se plantean, esa evaluación se realizará mediante 2 modalidades, primeramente de modo continuo (durante la aplicación de) y por otro lado de modo discontinuo (mediante la evaluación del cumplimiento de los objetivos de cada parte del programa).

Si bien, esta propuesta parece ser muy completa y podría aportar datos valiosos y significativos al estudio del abordaje de la enfermedad en pacientes diabéticos, aún no se ha llevado a cabo, por lo que, hasta el día de hoy, es todavía una propuesta teórica.

Por otro lado, Pasillas, Rentería y Rodríguez (2015) realizaron un estudio fundamentado en el modelo psicológico de la salud biológica con el propósito de examinar el efecto de un programa de intervención para brindar conocimientos a pacientes diabéticos respecto a su adherencia a una dieta saludable basada en calorías en 90 pacientes voluntarios cuyo rango de edad es entre 34 y 86 años. Este trabajo tomó en cuenta la importancia de la medición objetiva de los datos de los pacientes, además se enfocó en que los conocimientos que los pacientes adquirieran les sirvieran para saber por qué cambiar, qué cambiar, tener conductas saludables alternativas y las consecuencias de una mala alimentación, a partir de esto se diseñó el programa, haciendo uso de la tecnología para proyectar presentaciones, videos animados y dinámicas de intercambio de recetas y su preparación.

Constó de 3 fases, en la primera se midieron el peso corporal, el índice de masa corporal, el nivel de glucosa en la sangre, los conocimientos sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento mediante las porciones y los tipos de nutrientes indicados. En la segunda fase se impartió el programa diseñado y finalmente en la tercera fase, se realizó el mismo procedimiento que en la fase uno. Entonces los resultados obtenidos permitieron establecer que sí hubo una

diferencia estadísticamente significativa en todas las medidas que se han tomado en cuenta, así mismo se concluye que el programa mejoró la adherencia de los pacientes.

Luego, en la investigación realizada por Reyes et al. (2015) reportan información sobre el significado de la enfermedad al recibir el diagnóstico de la misma con relación al género de los pacientes; se aplicó una entrevista semiestructurada que abordaba temas familiares, laborales y de servicios de salud. Los participantes fueron 5 hombres y 5 mujeres cuyas edades fueron entre 35 y 63 años, encontrando que algunas de las consecuencias psicosociales que enfrentan los pacientes son problemas en sus relaciones interpersonales desarrollando y/o agudizando trastornos psicológicos (de los cuales hablaremos en un apartado más adelante), inclusive el propio estilo de vida del paciente se convierte en una condición de riesgo, todas estas complicaciones tienen que ver con la manera en que es considerada, tratada y manifestada la enfermedad, incluso Kleinman (1980, citado en Reyes et al., 2015), enfatiza que el significado y la experiencia de la enfermedad está determinado por la cultura y la sociedad.

Sin embargo, en términos de reacción ante el diagnóstico de diabetes, los pacientes reportan que generó un estado de shock que provocó que se sintieran mal y pensarán que se iban a morir. En cuanto al significado, los autores reportan datos interesantes, ya que para los hombres la enfermedad significa una pérdida de autonomía, la imposibilidad para realizar ciertas acciones, su valía, virilidad y autoestima se ven afectados y su autoimagen se deteriora significativamente por los pensamientos negativos que el diagnóstico les genera y es por esto que muchos de ellos prefieren negar la condición, porque para ellos significa vergüenza o debilidad, mientras que para las mujeres, el diagnóstico significa una amenaza, un deterioro físico pero en ellas se identifica una posibilidad de retomar su vida asumiendo las consecuencias que

evidentemente tiene que ver con la condición en que se ve a las mujeres en la sociedad.

Otro de los trabajos que se ha realizado, es el de Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016) quienes diseñaron un programa de intervención para mejorar la dieta en pacientes con diabetes tipo 2 cuyo objetivo fue examinar los cambios en la alimentación y en otras medidas en pacientes diabéticos a partir de un programa de intervención educativo basándose en el modelo de salud biológica propuesto por Ribes en 1990.

Se aplicó en 120 pacientes voluntarios con diabetes mellitus tipo 2 entre 34 y 82 años y se evaluaron conocimientos teóricos sobre la enfermedad, peso corporal e índice de masa corporal, niveles de glucosa en sangre, prácticas alimentarias y conocimientos sobre diabetes.

Se llevaron a cabo 3 fases para la aplicación, la primera mediante un pre-test de los rubros anteriormente mencionados. La segunda fase fue la aplicación del programa, por una parte, mediante abordando a la importancia de seguir una dieta apropiada y las consecuencias de no seguirla, además se proyectaron presentaciones para ilustrar los temas, así como vídeos didácticos, realización de juegos e intercambio de recetas y platillos. Finalmente, en la tercera fase, se realizó la post evaluación de los rubros de la primera fase, esta evaluación se hizo una semana después de haber concluido la intervención.

Los resultados muestran que los datos indican que para la población que participó, el taller tuvo un efecto positivo sobre la manera de alimentarse de los participantes, así como en las medidas que componen esta alimentación como son el peso corporal, el índice de masa corporal y los niveles de glucosa en la sangre.

Vale la pena mencionar a Sánchez-Cruz et al. (2016) quienes se dieron a la tarea de realizar un estudio cuyo objetivo fue identificar la asociación que existe

entre estrés y depresión respecto al apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Participaron 101 pacientes y se aplicaron 3 instrumentos, Morisky-Green-Levine para evaluar el apego al tratamiento, se aplicó la escala de Holmes y Rabe para evaluar el estrés y finalmente el test de Zung para evaluar la depresión.

Los resultados arrojaron que sí existe una asociación entre la falta de apego al tratamiento con el estrés, así como la sintomatología depresiva con el control glucémico provocando la disminución de la actividad física aumentando la obesidad y las complicaciones de la enfermedad.

Finalmente, aunque no menos importante, encontramos el trabajo realizado por Rentería, Rodríguez y García (2017) quienes diseñaron y aplicaron un programa de adherencia a la dieta para disminuir los índices de masa y peso corporal en pacientes con diabetes tipo 2.

Los participantes fueron 100 personas entre 34 y 86 años cuyo tiempo de evolución de la enfermedad oscilaba entre 1 y 5 años, sin embargo 10 tenían menos de un año del diagnóstico y 28 desconocían el tiempo.

Se aplicó un taller donde se realizó una pre-evaluación y post-evaluación, se pesaron a los pacientes obteniendo su peso, masa y líquidos del cuerpo, posteriormente se realizó la intervención que constaba de información sobre la diabetes, información que interfiere el seguimiento o adherencia a la dieta y se instruyó en cómo modificar y regular los comportamientos negativos para lograr la adherencia.

En los resultados de esta investigación, se encuentran diferencias significativas en el peso y la masa corporal de los pacientes después de la intervención, sin embargo, no hay datos exactos que permitan establecer que fue un cambio por la estrategia, por lo que se recomienda que se cambie el diseño del programa y se evalúe cada rubro por separado.

Lo dicho hasta aquí, hace referencia a los trabajos que han realizado investigadores (muchos de manera independiente), sin embargo, antes de pasar a algunos de los Institutos y Fundaciones que promueven el apoyo a los adultos mayores en cualquier condición de salud, me gustaría comentar sobre la estrategia para diabéticos con la que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social; León-Mazón, Araujo-Mendoza y Lino-Vázquez (2012), mencionan que el programa llamado DiabetIMSS, brinda atención médico-asistencial desde un enfoque multidisciplinario a los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de prevenir complicaciones y daños generando conductas positivas y cambios en los estilos de vida de los pacientes, tratando de generar corresponsabilidad entre los pacientes y sus familias (IMSS, 2009, citado en León-Mazón, et al., 2012). En este sentido, se han publicado resultados de trabajos que se han llevado a cabo dentro del Instituto mediante este programa, una de estas publicaciones corresponde a León-Mazón, et al. (2012) quienes evaluaron los parámetros clínicos (peso, IMC, perímetro abdominal) y bioquímicos (glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada) al inicio y al final de una intervención educativa con duración de un año en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Participaron 126 pacientes cuya edad promedio fue de 58 años y se realizó la intervención educativa basados en el modelo propuesto en el programa DiabetIMSS, así mismo se retomaron los indicadores clínicos y biomédicos para el análisis de los datos.

Esta investigación permite concluir que después de un año de intervención educativa, se encontró una reducción significativa en los parámetros clínicos como el peso, IMC y el perímetro abdominal. En cuanto a los parámetros bioquímicos, se encontró una reducción en los niveles de glucosa, triglicéridos y hemoglobina glucosilada. Sin embargo, esta intervención educativa no reemplaza el tratamiento médico, a pesar de tener una reducción en los

parámetros anteriores, más bien es un apoyo en el tratamiento de la enfermedad.

Otra investigación realizada también bajo este programa institucional es la recién publicada por Ortega-Morán, Calderón-González, Gómez-Alonso y Muñoz-Cortés (2017) donde evalúan la satisfacción del módulo DiabetIMSS y su asociación al control glucémico en una unidad de medicina familiar.

Participaron 94 pacientes con una media de 57 años y se aplicaron tres instrumentos, uno evalúa la satisfacción de la consulta médica en los rubros oportunidad de la atención, cumplimiento de citas, amabilidad, proceso de la atención, resultado de la atención, revisión médica, estudios/recetas, otro para evaluar la satisfacción del personal de enfermería se midieron rubros calificándolos como bueno, regular y malo y finalmente otro instrumento para evaluar la consulta en nutrición como excelente, buena, regular, mala y muy mala.

Los resultados obtenidos establecen que, la percepción en cuanto a la satisfacción de en la consulta médica fue mayoritariamente excelente, mientras que el servicio de enfermería fue considerado bueno predominando el rubro mejor puntuado en la atención proporcionada por la enfermera, finalmente la consulta en nutrición fue calificada mayoritariamente como mala señalando parámetros como amabilidad y oportunidad de hacer preguntas como los más puntuados. Sin embargo, la relación entre la satisfacción de los servicios y el control glucémico no fue significativa en ninguna de las áreas evaluadas.

Además de los trabajos que ya se han mencionado donde la población objetivo son los adultos mayores, también existen otra Institución que se dedica exclusivamente a esta población, el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) que es un organismo público y tiene como objetivo general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas de acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas

Adultas Mayores (INAPAM, 2016), así mismo, capacitan al personal y se supervisa la aplicación en los distintos centros como son casas, hogares, albergues y residencias de día con los que cuenta (INAPAM, 2011).

Igualmente, hoy en día existen diversas fundaciones que están orientadas al tratamiento y seguimiento de la diabetes, una de ellas es la Fundación Mídete (2016), que, a pesar de ser una fundación orientada mayoritariamente al tema de la obesidad, publican una guía llamada “*asumiendo el control de la diabetes*” donde brindan información relacionada a los tipos de diabetes y factores de riesgo, así como el panorama del control de la misma y sus complicaciones asociadas al mal control. Sin embargo, esta guía solamente brinda información teórica, lo que nos permite conocer un poco más a este nivel acerca del estado de la enfermedad y de qué se está haciendo para informarse.

3.4 Estrategias psicológicas que pueden mejorar la calidad de vida

Las intervenciones de corte cognitivo-conductual que se han aplicado en los pacientes tienen que ver con mejorar la calidad de vida brindando herramientas que permitan un mejor estilo de afrontamiento, lograr la adherencia por una parte terapéutica y por la otra a la dieta (Riveros, 2005) ya que se ha comprobado que estas condiciones intervienen en la calidad de vida de los pacientes, inclusive, al no seguir las indicaciones del personal de salud, pueden aparecer complicaciones que afectan, evidentemente, física y psicológicamente a las personas repercutiendo notablemente en su calidad de vida.

Este enfoque nos permite seleccionar procedimientos cuya eficacia ha sido comprobada científicamente en la o las problemáticas en las cuales se va a intervenir, sin embargo, es fundamental contar con habilidades que nos permitan, por una parte, evaluar la problemática con la finalidad de establecer el tratamiento que responda a las necesidades del paciente, y por otro, integrar las técnicas y procedimientos para dar respuesta a las necesidades del mismo. No

está por demás recordar que este tipo de intervenciones bajo este modelo están caracterizadas por la combinación de técnicas sustentadas en los modelos conductuales tales como el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante y las técnicas cognitivas, así como las del aprendizaje social (González-Cantero y Oropeza, 2016).

Lo dicho hasta aquí supone que las investigaciones terapéuticas proponen que todas las condiciones que causan la diabetes y las complicaciones de la misma se puedan controlar, siempre y cuando se tenga conocimiento de cómo hacerlo, para esto, Rodríguez et al (2014) mencionan que:

Para que la psicología pueda realizar una aportación eficaz y de amplio espectro, es necesario reconocer que su trabajo debe estar adscrito al de otras disciplinas en este caso las médico-biológicas por lo que debe tener clara la porción del problema en el que puede incidir y desde ahí ofrecer soluciones pertinentes a su dimensión de trabajo. (p. 104).

De hecho, en estos casos, es pertinente hablar de la medicina conductual para el tratamiento de estos padecimientos. Como parte de este marco de referencias, la medicina conductual surge por iniciativa de los psicólogos que se dedican al campo de la salud misma que fue apoyada por los médicos al tener áreas en común para la aplicación de los conocimientos (Rodríguez, 2010).

El campo de la medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos, entre otros, a través de diferentes modelos de intervención, que implican básicamente entrenar al paciente para aprender a vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales para mejorar la calidad de vida del paciente. Los modelos clínicos que han demostrado mayor eficacia al abordar problemáticas de salud son

los derivados de la Teoría Cognitivo Conductual (Martínez y Piqueras, 2010). (Rodríguez, 2010. p. 7).

En este sentido, Anguiano (2013) aborda el tratamiento de la diabetes mellitus desde la medicina conductual, retomando a Plack, Herpetz y Petrack (2010, citados en Anguiano, 2013) para agrupar las intervenciones en 4 áreas principales:

1. Adherencia al tratamiento
2. Estrategias de afrontamiento
3. Consciencia de la glucosa en la sangre
4. Reducción de estrés

Agregando que se debe tener establecido qué se pretende modificar, sin embargo, a pesar de esto, los componentes de las intervenciones requieren ser tratados en conjunto, ya que existe una relación entre ellos para obtener resultados.

Aunado a lo anterior, es importante tener en cuenta los objetivos a cumplir con las intervenciones, como lo mencionan Gómez, Díez-Espino, Formiga, Lafita, Rodríguez, González-Sarmiento, Menéndez y Sangrós (2012) las estrategias que se deben implementar en el tratamiento de la diabetes tipo 2 deben de individualizarse y adecuarse a cada uno de los pacientes y los cuidadores que se encuentren con él, estableciendo puntualmente los objetivos que se desean alcanzar así como la manera de accionar, siendo mejorar la calidad de vida, preservar la seguridad del paciente y evitar efectos mayores los objetivos básicos de cualquier tratamiento.

Entonces, diversos investigadores han propuesto líneas de acción al momento de diseñar intervenciones para abordar esta enfermedad, como las investigaciones realizadas por González-Cantero y Oropeza (2016) quienes mencionan que para lograr el tratamiento de la Diabetes Mellitus es necesario modificar los comportamientos que tengan que ver con la actividad física de los

pacientes, así como la alimentación, ya que son aspectos que aumentan el abandono de los tratamientos. Por lo que, se pretende enfocar los tratamientos para contribuir en el manejo y aceptación del diagnóstico como de las complicaciones de la enfermedad, así como la detección y manejo de conductas de alto riesgo y relacionados a la adherencia al tratamiento, principalmente (Jiménez y Dávila, 2007). De igual modo, el entrenamiento en habilidades de autocuidado, afrontamiento de situaciones estresantes e identificación y solución de problemas (González-Cantero y Oropeza, 2016).

Simultáneamente, Colunga-Rodríguez, García, González y Salazar-Estrada (2008, citados en González-Cantero y Oropeza, 2016) reportan que la depresión y el estrés son características que se presentan constantemente en los pacientes que presentan este padecimiento y también deben ser tratadas para su modificación.

Para estas características, Cardozo y Rondón (2014) establecen que ya se ha demostrado la efectividad de técnicas cognitivo-conductuales en la ansiedad y depresión como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación progresiva y la psicoeducación sobre la enfermedad y los tratamientos, del mismo modo Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda (2006) demostraron la eficacia de las técnicas de solución de problemas y habilidades sociales además de las técnicas de relajación e intervención psicoeducativa para la disminución de la ansiedad en los pacientes médicamente enfermos.

Por lo que Castro, Rodríguez y Ramos (2005) mencionan que los pacientes que adquieren conocimientos sobre la enfermedad pueden generar habilidades que pudieran evitar que se complique. Entonces es importante que el diseño de las intervenciones que se hagan para estos pacientes incluya y se evalúen 4 aspectos importantes:

1. Evaluación de habilidades de autocuidado: lo que permitirá tener datos sobre la información de las indicaciones médicas sobre la dieta específica, las inyecciones de insulina y el análisis de los niveles de glucosa.
2. Evaluación de adherencia al tratamiento: este rubro permitirá analizar cómo el paciente sigue las indicaciones ante la dieta, el medicamento y los ejercicios que se establezcan.
3. Evaluación de barreras de adherencia: se obtendrán datos que indiquen dificultades del paciente para la adherencia.
4. Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes: aunque es muy parecido al rubro anterior, en esta evaluación se determinan de manera más concisa las situaciones que pueden generar estrés y que tienden a ser abandonadas por los pacientes, ya sea por la evitación o el abandono de ellas.

Aunado a lo anterior, es pertinente comentar que la adherencia a la dieta es parte fundamental del manejo de la enfermedad, ya que a través de ella se puede:

Lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente presentan las personas con diabetes y que son causa de muchas de sus complicaciones; sin embargo, se ha encontrado que un gran número de diabéticos no se adhiere de forma efectiva a la dieta prescrita. (Rodríguez y García, 2011, p. 5)

De hecho, de acuerdo con Soria, Vega y Nava (2009) la adherencia es entendida como el conjunto de comportamientos orientados a cumplir las indicaciones médicas que permitan el control de la enfermedad.

Sin embargo, la importancia de la educación diabetológica es un tema que hay que tomarse muy en serio, inclusive Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y

Sánchez (2012) reportan que las conductas que indican la falta de adhesión a las prescripciones médicas están asociadas frecuentemente a la ignorancia, convicciones o creencias, actitudes de los mismos pacientes o de las personas con quienes viven, falta de motivación, escasas habilidades de autocontrol y dificultades para cambiar los hábitos de vida.

En este sentido, se cuenta con un abanico de posibilidades que nos permiten accionar ante la problemática; en cuanto a la ignorancia sobre la enfermedad, se puede trabajar desde el proceso educativo, este deberá de ser continuo e integral mediante diversos medios, como son cursos impartidos por los profesionales de la salud, ya sean individuales o grupales, así como en libros, folletos, revistas, videos, páginas web dedicadas a la enfermedad y posiblemente con grupos de apoyo para pacientes con la misma condición (Castro, Rodríguez y Ramos, 2005), lo que se espera es que el paciente se mantenga informado y actualizado además de lo compartido por los profesionales del equipo multidisciplinario de salud.

Finalmente, existen investigaciones como la realizada por Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera (2003) y González-Castro (2011) cuyo propósito es lograr que los pacientes diabéticos sean conscientes de su enfermedad de tal modo que se pueda involucrar a la familia para darles conocimiento acerca de la enfermedad para así crear, por una parte, una red de apoyo que les permita lograr la adherencia a los tratamientos y por otra, evitarles daños mayores como: hemodiálisis, diálisis, y/o pérdida de los riñones. En este sentido, también sería importante incluir a los familiares o personas cercanas a los pacientes para crear y fortalecer la red de apoyo del mismo.

3.5 Análisis

A lo largo de los capítulos pudimos conocer información importante sobre el surgimiento de la psicología de la salud así como la importancia del trabajo

psicológico que se realiza con pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas enfocándonos en la diabetes, además de conocer el panorama actual de los adultos mayores en condición de diabetes tipo 2 y algunas estrategias que se han implementado para mejorar la calidad de vida de los pacientes logrando así establecer la relación entre psicología y calidad de vida.

Recordemos que el objetivo general de la presente tesina es realizar una revisión teórica con respecto al trabajo psicológico que se ha realizado con adultos mayores con diabetes tipo 2 para mejorar su calidad de vida.

Por lo que, para cumplir el objetivo, revisamos algunos trabajos que ya han hecho diversos investigadores encontrando que, si bien, la psicología no puede reducir los años para disminuir las complicaciones de salud, sí puede trabajar con el estado psicológico del individuo, realizando acciones que permitan mejorar la calidad de vida y/o facilitando el camino a la adherencia a la dieta o a los tratamientos pertinentes, con base en los resultados de los reportes que han sido publicados.

En este sentido, es importante mencionar que cada uno de las investigaciones que he incluido en el presente trabajo, brinda información importante respecto a la percepción de la enfermedad, los factores de riesgo principales que están presentes, la manera en que los diabéticos viven su enfermedad y la manera en que se están abordando las indicaciones médicas, en términos de medicamentos y dietas específicas para ellos así como el impacto psicológico que conlleva la enfermedad y los cambios que esta produce en la vida de las personas. Sin embargo, a pesar de la información que encontramos en estos trabajos, aún nos queda un campo de posibilidades que permiten formular una propuesta integral para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes tipo 2 mediante el apoyo psicológico.

Es por ello por lo que, para tener un mejor manejo de la información que ya he mencionado con el objetivo de contrastar y complementar las aportaciones. A

continuación, presento un cuadro comparativo para realizar algunos comentarios sobre el mismo.

Por un lado, tenemos las investigaciones realizadas en España, entre ellas encontramos a Ariza et al. (2010) quien brinda una intervención para mejorar el control metabólico mediante la adherencia, autocontrol, autocuidados y actitudes motivacionales de las personas diabéticas, por lo que podemos rescatar el enfoque e importancia que brindan los autores a la educación diabetológica y la importancia de realizar ejercicio físico. En este sentido, aunque no con la misma profundidad, González, Bandera, Valle y Fernández (2015) deciden investigar los conocimientos que se tienen acerca de la enfermedad en un centro de salud, aunque en esta investigación solamente se aplicó una encuesta, los resultados brindan información para el diseño de futuras intervenciones.

Sin embargo, Parra-Sánchez, et al. (2015) se enfoca en evaluar el impacto del ejercicio físico en adultos mayores en esta condición, y de esta investigación podemos destacar, como parte importante y necesaria en las investigaciones, la medición que realiza a lo largo del estudio, tomando en cuenta niveles de hemoglobina glucosilada, presión arterial e índice de masa corporal para poder realizar una comparación y determinar la efectividad del ejercicio físico en esta población.

Finalmente, Cascaes et al. (2017) realiza una comparación en el impacto del ejercicio físico en la calidad de vida y salud de pacientes diabéticos, estableciendo que el ejercicio sí tiene impacto en la salud y la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a los trabajos que se han realizado en Chile, ambos han sido enfocados a la adherencia farmacológica, sin embargo tienen diferencias que vale la pena comentar; Alcaíno et al. (2014) se enfocó en determinar los factores familiares relacionados con el cumplimiento del tratamiento, mientras que Bello y

Montoya (2017) describieron la adherencia al tratamiento y los factores asociados para orientar a profesionales de la salud en la planificación de estrategias para promover el control metabólico. Sin embargo, los resultados difieren un poco, mientras que para los Alcaíno et al. (2014) sí es significativo el apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento, para Bello Y Montoya (2017) no lo es, determinando que la disposición y el compromiso del sujeto es lo que determina la adherencia farmacológica.

En cuanto a las investigaciones realizadas internacionales, encontramos a Terechenko et al (2015) en Uruguay quien se interesó en conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes, encontrando que el mayor problema para adherirse a cualquiera de los tratamientos es la adquisición de hábitos saludables, por lo que, nuevamente, encontramos la importancia de la educación diabetológica en los pacientes con esta condición de salud.

Por otro lado, Bautista y Zambrano (2015) en Colombia, describen y compran por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con diabetes tipo 2, encontrando que no existen diferencias significativas con respecto a la calidad de vida en función del género, sin embargo, el bajo nivel escolar afecta la obtención de información sobre la enfermedad y la calidad de vida se ve afectada principalmente en el rubro del impacto del tratamiento por las complicaciones propias de la enfermedad.

Por lo que, habría que tomar en cuenta en las intervenciones, que la información diabetológica que se brinde a los pacientes sea entendible para todos para reducir el abandono de los tratamientos.

Finalmente, en el panorama nacional, existen diversos trabajos que han demostrado que se ha estado investigando acerca de la enfermedad, investigaciones que comprenden aspectos desde los riesgos para desarrollar la

enfermedad y el significado de la misma hasta la evaluación de programas de intervención.

En este sentido, Izquierdo-Valenzuela et al. (2010) se enfocó en establecer los riesgos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural encontrando que los principales factores de riesgo de la población fueron, el Índice de Masa Corporal mayor a los parámetros establecidos, la circunferencia de la cintura mayor a la espalda, el bajo consumo de vegetales en la dieta, la falta de ejercicio y finalmente antecedentes familiares con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2.

En cuanto al significado de la enfermedad, Reyes et al. (2015) investigaron acerca de los significados que hombres y mujeres con DM2 dan a su enfermedad a partir de su diagnóstico, reportando que, en general, el diagnóstico generó un estado de shock, sintiéndose mal y pensando que iban a morir. Para los hombres significa pérdida de autonomía y para las mujeres significa una amenaza física.

Así mismo, las investigaciones que se han realizado para evaluar el impacto de los programas de prevención son varias, ente ellas encontramos a Rodríguez, Rodríguez, Rentería y Nava (2013) quienes evaluaron el impacto de un programa de intervención en el control de los pacientes sobre sus niveles de glucosa en sangre, encontrando que, el programa enfocado a brindar conocimientos sobre la enfermedad mediante educación diabetológica y manejo de técnicas conductuales, logró mantener por debajo de la norma, los niveles de glucosa de los pacientes, en este mismo tema, Pasillas, Rentería y Rodríguez (2015) examinaron el efecto de un programa de intervención para brindar conocimientos a pacientes diabéticos respecto a su adherencia a una dieta saludable, obteniendo evidencia suficiente para establecer que sí hubo un efecto en los conocimientos de los diabéticos después de la intervención aumentando la adherencia de los pacientes. Adicionalmente, Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016) también realizan una investigación cuyo propósito fue

examinar los cambios en la alimentación y en otras medidas en pacientes diabéticos a partir de un programa de intervención educativo encontrando que, esta intervención tuvo un efecto positivo en la manera de alimentarse de los pacientes, así como las medidas que se vigilan durante los tratamientos (peso corporal, IMG y niveles de glucosa en sangre). Además, también Rentería, Rodríguez y García (2017) diseñaron y aplicaron un programa de adherencia a la dieta para disminuir los índices de masa y peso corporal en sujetos con diabetes mellitus tipo 2, sin embargo, encontraron diferencias significativas en el peso y la masa corporal de los pacientes después de la intervención, aunque, aún con los datos obtenidos, se recomienda que se cambie el diseño del programa y se evalúe cada rubro por separado.

Mientras que, en cuanto a otros aspectos que no se han evaluado en las investigaciones anteriores, encontramos autores como Sánchez-Cruz et al. (2016) que se han enfocado en identificar la asociación que existe entre estrés y depresión respecto al apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, encontrando en su investigación que sí existe una asociación entre la falta de apego al tratamiento con el estrés, así como la sintomatología depresiva con el control glucémico provocando la disminución de la actividad física aumentando la obesidad y las complicaciones de la enfermedad.

Y este último punto también es importante considerarlo, ya que, ya hemos mencionado el impacto que se tiene el estrés, la ansiedad y la depresión en pacientes con esta condición, ya que no solo afecta en cuanto a la adherencia a los tratamientos, si no que afecta significativamente la calidad de vida, tema que es de nuestro interés.

Finalmente, de estas investigaciones realizadas en nuestro país, hay aspectos importantes para comentar, por un lado, el significado que se le da a la enfermedad por los pacientes, cuya investigación fue realizada por Reyes et al (2015), que, aunque no incluye otros aspectos como alguna intervención, nos da un panorama para entender sobre cómo es que dimensionan la enfermedad los

pacientes a partir de que se enteran de su diagnóstico, y este tema, al menos hasta ese trabajo, no se había investigado como tal en México.

Por otro lado, nuevamente vemos la frecuencia de la medición de la glucosa en sangre por diversas investigaciones, como lo son la de Pasillas, Rentería y Rodríguez (2015), Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016), Rentería, Rodríguez y García (2017) y, aunque no son investigaciones independientes, la realizada por León-Mazón, Araujo-Mendoza y Linos-Vázquez (2012) como parte de la estrategia de DiabetIMSS.

Inclusive Rodríguez, Rodríguez, Rentería y Nava (2013) mencionan que el control glucémico debe tomarse en cuenta en cualquier programa para pacientes con diabetes ya que es un indicador objetivo de los cambios en las prácticas alimentarias, punto importante que habría que considerar en el diseño de nuevas intervenciones para tener un parámetro objetivo para determinar la eficacia de los diseños.

Sin embargo, al menos en estas investigaciones que revisé, mayoritariamente no se toma en cuenta evaluar la calidad de vida, solamente una de ellas retoma la importancia de este rubro en el diseño de la misma, sin embargo, es indudable la importancia del ejercicio físico en el tratamiento de la enfermedad, las investigaciones que lo han tomado en cuenta y lo han implementado, obtienen resultados que establecen la necesidad de incluir en futuras intervenciones.

En este sentido, basándonos en las investigaciones que ya se han realizado, podemos destacar algunos puntos importantes a considerar para formular una propuesta que permita establecer como el acompañamiento psicológico puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes con esta condición de salud. Entre los temas que se han trabajado en las investigaciones encontramos: ejercicio físico, educación diabetológica, adherencia a la dieta y adherencia al tratamiento.

Autores Año País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Ariza et al. (2010) España	Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta de educación diabetológica y ejercicio físico	Conocer la mejora de control (metabólico y factores de riesgo cardiovascular), adherencia, autocontrol, autocuidados y actitudes/motivaciones de los diabéticos tipo 2.	120 pacientes con diabetes tipo 2 cuyas edades oscilan entre los 40 - 70 años	Intervención de educación diabetológica e intervención de ejercicio físico grupal	<ul style="list-style-type: none"> -Test de cumplimiento auto comunicado de Haynes-Sackett (Adherencia al tratamiento farmacológico) -Cuestionario simple para medir cumplimiento de ejercicio -Registro de hábitos alimenticios (cumplimiento dietético) -Encuesta Diabetes Attitude Scale (motivación y actitud) 	La combinación de educación diabetológica y ejercicio físico tiene un mejor impacto al aplicarse en conjunto sobre el control metabólico, IMC y la presión arterial aumentando el control y el seguimiento de las recomendaciones para la enfermedad, además de que sí hay un cambio respecto a las motivaciones y actitudes con relación a la educación diabetológica y el ejercicio como parte de la estrategia.
González, Bandera, Valle y Fernández (2015) España	Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: un estudio en un centro de salud.	1. Caracterizar a los pacientes diabéticos tipo 2 según la edad y el sexo, 2. Identificarle nivel de conocimiento de los pacientes en relación con algunos aspectos de la educación diabetológica, 3. Determinar la relación entre el nivel de escolaridad de los pacientes y los ante-cedentes familiares de diabetes con su educación diabetológica, 4. Determinar la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel de educación diabetológica y 5. Identificarlas complicaciones de la enfermedad más frecuentes en los pacientes encuestados.	88 pacientes de más de 65 años	Aplicación de una encuesta.	-Encuesta creada por los autores que evaluaba diversos rubros, entre ellos, edad, genética, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes, complicaciones, reconocimiento de síntomas, autocontrol de glucosa, actividad física y cuidados de los pies.	Se pudo establecer un inaceptable nivel de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad relacionado con un tiempo corto de evolución de la enfermedad, además de que el nivel de escolaridad y los antecedentes familiares afectan el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y las complicaciones infecciosas son las que se presentan con mayor frecuencia.

Tabla 1. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Parra-Sánchez, et al. (2015) España	Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2.	Analizar si un programa de ejercicio físico modifica la hemoglobina glucosilada, la presión arterial, el índice de masa corporal, la lipidemia, el riesgo cardiovascular, el estado de salud percibido y el gasto farmacéutico.	100 diabéticos tipo 2 cuyas edades son entre 65 y 80 años	Sesiones de ejercicio de 50 minutos, 2 veces a la semana durante 3 meses. Citas cada 15 días para llevar el registro.	Toma de: -Hemoglobina glucosilada - Presión arterial - IMC	El ejercicio aeróbico supervisado se asocia con una mejoría en la hemoglobina glucosilada, así como en la presión arterial, el riesgo cardiovascular, el estado de salud percibido y la disminución del gasto farmacéutico.
Cascaes et al. (2017) España	Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2.	Comparar los resultados de diferentes ejercicios físicos desarrollados durante 24 semanas relacionados con la calidad de vida y salud de pacientes con diabetes tipo 2.	40 personas de entre 40 y 75 años divididas en 3 grupos aleatoriamente, 1. ejercicio aeróbico, 2- ejercicio resistido y 3. ejercicios de flexibilidad	1. Ejercicio aeróbico (realizaron caminata 3 veces a la semana con duración de 15 a 65 minutos), 2. Ejercicio resistido (ejercicios con pesas 3 veces por semana) y 3. ejercicio de flexibilidad (sesiones de estiramiento y relajación de 60 minutos).	- Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q 1 y 2) (Aptitud física) - Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) (Calidad de vida)	Los resultados nos permiten establecer que el ejercicio aeróbico mejoró la calidad de vida en los dominios de capacidad funcional, vitalidad y salud mental y el ejercicio resistido mejoró los dominios de vitalidad y salud mental.

Tabla 2. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Alcaíno et al. (2014) Chile	Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares.	Determinar los factores familiares relacionados con el cumplimiento del tratamiento de la DM2 de los adultos mayores.	55 adultos mayores de 65 años	Aplicación y evaluación de instrumentos.	Encuesta sociodemográfica creada por los autores. APGAR familiar. Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zumet para DM2. Cuestionario de Morisky Green (cumplimiento del tratamiento farmacológico).	Los resultados permiten concluir que el cumplimiento del tratamiento está asociado significativamente con la estructura familiar, así como la dinámica de la misma, el género (mayoritariamente en mujeres), la presencia de pareja y el apoyo social percibido.
Bello y Montoya (2017) Chile	Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados.	Describir la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y sus factores relacionados, para poder orientar a los profesionales de la salud de atención primaria en la planificación de estrategias que promuevan el mejoramiento del control metabólico.	116 adultos de media de edad 71	Aplicación y evaluación de instrumentos.	Cuestionario de adherencia farmacológica de Morisky Green. APGAR familiar (funcionamiento familiar). Instrumento para evaluar el apoyo familiar en función de ciertas áreas	Los resultados arrojaron que los diabéticos con una edad menor a 80 años, que cursaron estudios básicos y tienen nivel socioeconómico bajo, presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico, sin embargo, las características familiares, así como el funcionamiento familiar y el tipo de familia se relacionan débilmente con la adherencia, por lo que se agrega que la disposición y el compromiso del sujeto es lo que determina la adherencia farmacológica.

Tabla 3. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Terechenko et al. (2015) Uruguay	Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II.	Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos que son atendidos en Instituciones Médicas de la ciudad de Carmelo, Uruguay.	100 personas entre 45 y 75 años	Aplicación y evaluación de instrumentos.	Test de Morisky Green (adherencia al tratamiento). Cuestionario de los autores para evaluar los objetivos planteados	Se establece la prevalencia de adherencia al tratamiento al encontrar 56 casos que sí están adheridos, sin embargo, el mayor problema para adherirse al tratamiento en los pacientes restantes es la adquisición de hábitos saludables.
Bautista y Zambrano (2015) Colombia	La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2.	Describir y comprar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con diabetes tipo 2.	287 pacientes de entre 50 y 80 años	Aplicación y evaluación de instrumentos.	Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL)	Los resultados permiten establecer que no existen diferencias significativas respecto a la calidad de vida con relación al género, sin embargo, el bajo nivel escolar afecta la obtención de información sobre la enfermedad y la calidad de vida se ve afectada principalmente en el rubro del impacto del tratamiento por las complicaciones propias de la enfermedad.

Tabla 4. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Izquierdo-Valenzuela et al. (2010) México	Riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco.	Establecer los riesgos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco	112 participantes de entre 25 y 64 años			Los principales factores de riesgo de la población fueron, el Índice de Masa Corporal mayor a los parámetros establecidos (88%), la circunferencia de la cintura mayor a la espalda (78%), el bajo consumo de vegetales en la dieta (58%), la falta de ejercicio (36%) y finalmente antecedentes familiares con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 (54%).
Rodríguez, Rodríguez, Rentería y Nava (2013) México	Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2.	Evaluar el impacto de un programa de intervención en el control de los pacientes sobre sus niveles de glucosa en sangre	95 pacientes de entre 34 y 86 años	Aplicación de un programa de intervención de educación diabetológica y técnicas de modificación conductual.		Se encontraron resultados significativos logrando mantener debajo de la norma los niveles de glucosa de los pacientes participantes, sin embargo, no se tienen datos para hacer un seguimiento de los efectos y el mantenimiento de estos niveles.
Rodríguez et al. (2014) México	Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2.	Promover conductas de prevención en pacientes con DM2	Se quedó en propuesta teórica y hasta la fecha aún no se aplica.			

Tabla 5. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Pasillas, Rentería y Rodríguez (2015) México	Evaluación de un programa sobre conocimientos y adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2.	Examinar el efecto de un programa de intervención para brindar conocimientos a pacientes diabéticos respecto a su adherencia a una dieta saludable basada en calorías	90 pacientes de 34 a 86 años	Aplicación de un programa de intervención.	Medición de peso, IMC, glucosa en sangre, conocimientos sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento	Sí hubo una diferencia estadísticamente significativa en todas las medidas que se han tomado en cuenta, así mismo se concluye que el programa mejoró la adherencia de los pacientes.
Reyes et al. (2015) México	Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres.	Dar cuenta de los significados que hombres y mujeres con DM2 dan a su enfermedad a partir de su diagnóstico	5 hombres y 5 mujeres cuyas edades fueron entre 35 y 63 años	Entrevista semiestructurada para obtener información.	Ejes que investigar: Familiar, laboral y servicios de salud.	Los pacientes reportan que el diagnóstico generó un estado de shock, sintiéndose mal y pensando que iban a morir. Para los hombres significa pérdida de autonomía y para las mujeres significa una amenaza física.
Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016) México	Cambios en la dieta y en indicadores antropométricos de pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico de intervención.	Examinar los cambios en la alimentación y en otras medidas en pacientes diabéticos a partir de un programa de intervención educativo basándose en el modelo de salud biológica propuesto por Ribes en 1990.	120 pacientes de 34 a 82 años	Aplicación del programa de intervención educativo	Evaluación de conocimientos teóricos sobre la enfermedad, peso corporal, IMG, glucosa en sangre, prácticas alimentarias y conocimientos sobre la enfermedad.	El taller tuvo un efecto positivo sobre la manera de alimentarse de los participantes, así como en las medidas que componen esta alimentación como son el peso corporal, el índice de masa corporal y los niveles de glucosa en la sangre.

Tabla 6. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
Sánchez-Cruz et al. (2016) México	Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.	Identificar la asociación que existe entre estrés y depresión respecto al apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.	101 pacientes	Aplicación y evaluación de instrumentos	Morisky-Green (adherencia al tratamiento). Escala de Holmes y Rabe (Estrés). Test de Zung (Depresión).	Sí existe una asociación entre la falta de apego al tratamiento con el estrés, así como la sintomatología depresiva con el control glucémico provocando la disminución de la actividad física aumentando la obesidad y las complicaciones de la enfermedad.
Rentería, Rodríguez y García (2017) México	Programa de adherencia a la dieta en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y su efecto con los índices de peso y masa corporal: estudio exploratorio.	Diseñar y aplicar un programa de adherencia a la dieta para disminuir los índices de masa y peso corporal en sujetos con diabetes mellitus tipo 2.	100 personas entre 34 y 86 años	Toma de indicadores, aplicación del programa de adherencia y nuevamente la toma de indicadores.	Índice de peso, masa corporal, glucosa en sangre y hemoglobina glucosilada.	Se encuentran diferencias significativas en el peso y la masa corporal de los pacientes después de la intervención, sin embargo, no hay datos exactos que permitan establecer que fue un cambio por la estrategia, por lo que se recomienda que se cambie el diseño del programa y se evalúe cada rubro por separado.

Tabla 7. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Autores / Año / País	Nombre de la investigación	Objetivo	Participantes	Método	Instrumentos / Medidas	Resultados
León-Mazón, Araujo-Mendoza y Linos-Vázquez (2012) México	Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos.	Evaluar los parámetros clínicos (peso, IMC, perímetro abdominal) y bioquímicos (glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada) al inicio y al final de una intervención educativa con duración de un año en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	126 pacientes cuya edad promedio fue de 58 años	Intervención educativa basados en el modelo propuesto en el programa DiabetIMSS Evaluación de indicadores clínicos y biomédicos		Se encontró una reducción significativa en los parámetros clínicos como el peso, IMC y el perímetro abdominal. En cuanto a los parámetros bioquímicos, se encontró una reducción en los niveles de glucosa, triglicéridos y hemoglobina glucosilada. Sin embargo, esta intervención educativa no reemplaza el tratamiento médico, a pesar de tener una reducción en los parámetros anteriores, más bien es un apoyo en el tratamiento de la enfermedad.
tega-Morán, Calderón-González, Gómez-Alonso y Muñoz-Cortés (2017) México	Satisfacción de pacientes del módulo DiabetIMSS y su asociación al control glucémico en una unidad de medicina familiar.	Evaluar la satisfacción del módulo DiabetIMSS y su asociación al control glucémico en una unidad de medicina familiar.	94 pacientes con una media de 57 años	Aplicación y evaluación de instrumentos	Cuestionario para evaluar: Satisfacción de la consulta médica. Satisfacción del personal de enfermería. Opinión sobre la consulta en nutrición.	La percepción en cuanto a la satisfacción de en la consulta médica fue mayoritariamente excelente, mientras que el servicio de enfermería fue considerado bueno predominando el rubro mejor puntuado en la atención proporcionada por la enfermera, finalmente la consulta en nutrición fue calificada mayoritariamente como mala señalando parámetros como amabilidad y oportunidad de hacer preguntas como los más puntuados. Sin embargo, la relación entre la satisfacción de los servicios y el control glucémico no fue significativa en ninguna de las áreas evaluadas.

Tabla 8. Comparativa de trabajos realizados con diabéticos tipo 2.

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente a lo que comenté anteriormente, es importante retomar de lo que ya se ha planteado a lo largo de este trabajo, algunos puntos que me parecen importantes para el diseño de futuras intervenciones, para mayor entendimiento, los enlistaré a continuación:

En cuanto a los profesionales interesados en el área:

1. Mielgo, Ortíz y Ramos (2001) establecen que los psicólogos que deseen trabajar con los adultos mayores necesitan, en términos de habilidades y conocimientos, aquellas que les permitan intervenir a nivel cognitivo y social, sin dejar de lado el campo psicoafectivo y funcional de la población.

Con relación a la formulación de propuestas de intervención:

2. Fernández-Ballesteros (2001) establecen la importancia de crear estrategias que se sustenten en 4 pilares fundamentales, el funcionamiento intelectual, los estilos de vida, la percepción de eficacia y las habilidades de afrontamiento ya que son algunos de los factores psicosociales que modulan el envejecimiento.
3. Martínez y Torres (2007) mencionan que es importante fomentar en los pacientes diabéticos, actividades que permitan mejorar sus interacciones familiares, ya que estas sostienen o perjudican su conducta terapéutica.
4. Fabián et al. (2010) propone que la evaluación de la salud psicológica puede resultar en una mejor atención médica para la enfermedad ya que estas condiciones son un obstáculo importante en el tratamiento de la enfermedad y es la principal causa de no apego a los tratamientos.
5. Rodríguez et al. (2013) decretan que el control glucémico debe tomarse en cuenta en cualquier programa para pacientes con diabetes ya que es un indicador objetivo de los cambios en las prácticas alimentarias.

6. González, Bandera, Valle y Fernández (2015) comentan que la falta de educación diabetológica muestra la necesidad de realizar y continuar con acciones de prevención y promoción en el nivel primario de atención, ya que así se podrían disminuir las complicaciones y mejorar su evolución.
7. Soler et al. (2016), recomiendan el diseño e implementación de programas educativos que permitan mejorar el autocuidado en los pacientes, ya que muestran evidencia del desconocimiento de la enfermedad y la ausencia de autocuidados de los pacientes.
8. Velasco (2016) reporta que los profesionales se encuentran con problemas como la falta de interés de los pacientes por informarse acerca de la enfermedad, por lo que sería importante buscar una manera eficiente para informar a las personas sobre su enfermedad, así como tratar de asumir la condición que viven para así aumentar la probabilidad de que se adhieran a los tratamientos y dietas correspondientes.

Estos puntos que enlisté anteriormente recobran importancia al remarcar los ejes del diseño de las estrategias o investigaciones para esta enfermedad y en cierto punto, marcan las pautas para el diseño de otras investigaciones con base en esas recomendaciones.

CONCLUSIÓN

Cuando una persona recibe el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, se establecen una gran cantidad de ideas respecto a la evolución de la enfermedad y la afectación de la salud en términos físicos y psicológicos, sin embargo, en muchos casos, estas ideas suelen ser negativas, acompañadas de un proceso que puede ser difícil por la cantidad de modificaciones conductuales que la enfermedad exige, o por el contrario, puede ser el inicio de un proceso de aprendizaje significativo para el paciente y sus familiares con respecto a los cuidados que se requieren.

Es importante tener en cuenta que esta enfermedad, además de tener componentes específicos que hay que abordar para el manejo de la misma, es una de las más peligrosas, no sólo de México, si no a nivel mundial, sin embargo, mi interés estuvo enfocado en población de adultos mayores mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, por lo que, el abordaje de este trabajo, fue, principalmente, en esta región geográfica con esta población en específico, sin embargo, hay datos de investigadores Españoles, Colombianos y Cubanos, por mencionar algunos, que nos permitieron tener conocimiento del trabajo que ya se realiza en esos países y la manera en que se ha abordado esta enfermedad.

Es pertinente recordar el objetivo de este trabajo, el cual fue realizar una revisión teórica de las propuestas de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Sin embargo, para cumplir este objetivo habría que abordar aspectos importantes que nos conducirían a ello, como fue explicar el surgimiento de la psicología de la salud y la aplicación que tiene con pacientes diabéticos, así como establecer la importancia del trabajo del psicólogo con pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas, realizar un análisis del panorama actual de los adultos mayores en México en condición de diabetes tipo 2, así como establecer la relación entre psicología y calidad de vida y llevar a cabo una

revisión de las estrategias que se han implementado para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este sentido, el trabajo llevado a cabo incluye rubros que nos permitieron conocer los panoramas actuales de la enfermedad, de la población y de la forma de trabajo de los psicólogos que estamos interesados en el tema, personalmente, la revisión realizada me pareció muy interesante ya que, aunque se están realizando trabajos con esta población, los mismos investigadores sugieren líneas de investigación que retomen e incluyan recomendaciones que son resultado de su trabajo.

Volviendo al tema que nos ocupa, los objetivos planteados en esta investigación han sido cumplidos, para mayor entendimiento y a manera de conclusión, los enlisto a continuación:

1. La psicología de la salud surge para aplicar principios y técnicas para la evaluación, prevención, diagnóstico, explicación y modificación conductual de problemáticas relacionadas a procesos de salud y enfermedad mediante 4 niveles de prevención que permiten abordar las necesidades que se presenten, estas son: prevención primaria para prevenir enfermedades, prevención secundaria para la intervención temprana de la enfermedad y/o la detección de la misma, prevención terciaria centrada en minimizar las complicaciones y prevención cuaternaria basada en evitar un mayor deterioro como consecuencia de la enfermedad e incrementar las habilidades de afrontamiento de los pacientes.
2. El trabajo de nosotros, como profesionales en psicología, tiene gran importancia dentro del manejo de las enfermedades crónico-degenerativas como es la diabetes. Este trabajo comprende actividades desde la identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas para la promoción de conductas saludables hasta la investigación de la enfermedad que permita dar evidencia de la efectividad de las técnicas,

así como la recopilación de información importante que se agregaría a lo que ya se conoce sobre cierto padecimiento.

Recordemos que la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, la asesoría hace referencia a algunas de las áreas en las que podemos intervenir como profesionales, basándose, principalmente, en las necesidades que se nos presenten para poder elegir o diseñar la manera en que vamos a intervenir.

3. Cuando hablamos de adultos mayores, nos referimos a las personas cuya edad es mayor a los 65 años. A pesar de que son una población relativamente pequeña en nuestra sociedad (el 8.9% de la población total), esta población presenta características importantes que determinan la forma en que se comportan socialmente, debido a los cambios propios de la edad y las alteraciones a nivel físico, psicológico y biológico que se experimentan, como lo son pérdida de autoestima, la pérdida de significado de la vida, la disminución de la adaptación, sentimientos de tristeza, estrés y pérdida de memoria. Sin embargo, estos cambios no son los únicos que experimentan los adultos mayores, ya que, al tener una enfermedad como la diabetes, tienen una alta probabilidad de tener complicaciones como nefropatía (daños en el riñón), neuropatía (daños en algunos nervios), pie diabético, cegueras, entre otras. Incluso, la literatura sugirió que, debido a las alteraciones cognitivas que experimentan, se encuentra menor adherencia a los tratamientos aumentando los niveles de ansiedad, estrés y depresión reportados en esta población, sin embargo, el apoyo familiar es un componente que no hay que perder de vista, al ser una base importante tanto para el bienestar psicológico como para el seguimiento y control de la o las enfermedades que condicionan la salud de la persona.
4. Hablar de calidad de vida es un tema bastante complejo, ya que incluye aspectos cualitativos (subjetivos) y aspectos cuantitativos (objetivos). La

primera, hace referencia a la percepción que tiene el individuo de su propia salud en función de ciertos componentes, como puede ser su salud, su familia, su trabajo, entre otros. Sin embargo, al hablar desde una perspectiva objetiva, ésta se puede evaluar mediante diversos instrumentos, sin embargo, toma en cuenta componentes físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, la percepción de la calidad de vida afecta la conducta de las personas, y viceversa. De hecho, todos los cambios que experimentan los adultos mayores afectan, en mayor o menor medida, su calidad de vida, y sin duda, la presencia de enfermedades y experimentar sus complicaciones también afectan la manera en que se percibe, sin embargo, el no seguimiento de las indicaciones hechas por los profesionales que tratan la enfermedad, frecuentemente repercute en la salud física, aumentando significativamente el riesgo de experimentar complicaciones de la enfermedad, provocando, indudablemente, una afectación en la calidad de vida de los mismos.

Entonces, el reto para el trabajo de nosotros como psicólogos es, desde el nivel de prevención que se elija para abordar la problemática, generar estrategias que permitan desarrollar habilidades a los pacientes para enfrentar la enfermedad y así establecer una modificación conductual que permita, preferentemente, mejorar su calidad de vida a través de cualquiera de sus componentes.

5. Revisar las estrategias que se han implementado para mejorar la calidad de vida de los pacientes

Finalmente, al llevar a cabo la revisión teórica y el análisis de la misma, encontré aspectos importantes que se realizan en las intervenciones y que tienen relación con la calidad de vida de las personas. Tal y como se mencioné en el párrafo anterior sobre la relación que tiene la psicología y calidad de vida, ésta puede ser una manera de ser abordada de la enfermedad, a partir del diseño e

implementación de programas que permitan modificar aspectos de la enfermedad para aumentar la calidad de vida de las personas, estos aspectos que se abordan comprenden:

- Adherencia a la dieta por medio del seguimiento de las indicaciones del personal de salud respecto a el régimen de alimentación que se debe llevar a cabo.
- Adherencia al tratamiento a través del seguimiento de las instrucciones que ha brindado el personal de salud y que está relacionado a cuestiones farmacológicas, el cumplir con el horario de la toma de los medicamentos, así como la cantidad de los mismos es fundamental para lograr la adherencia.
- Actividad física mediante ejercicios específicos o actividades cotidianas que permitan mantener una actividad constante y necesaria para el correcto funcionamiento del organismo.
- Educación diabetológica que permita conocer y entender la enfermedad, así como las implicaciones físicas, orgánicas y psicológicas que esta conlleva. La importancia de la educación diabetológica radica en obtener los conocimientos que permitan elegir y llevar a cabo acciones para preservar la salud.

Estos rubros nos llevan a pensar desde una perspectiva más amplia, es decir, lo que ya se ha estudiado ha arrojado resultados y evidencia positiva para las investigaciones acerca de la efectividad de las técnicas que se han propuesto y que se han utilizado en contextos reales, entonces, habría que retomar, en medida de lo posible, los aspectos que puedan incluirse para el diseño de las intervenciones.

Si bien, se han hecho muchas investigaciones sobre la enfermedad y se han abordado diversos aspectos, la mayoría de los autores se centra en lograr adherencia a la dieta o adherencia al tratamiento sin tomar en cuenta las repercusiones psicológicas que acarrea la enfermedad, es importante también

tratarlos en estas intervenciones ya que, con base en la literatura, se ha demostrado que estos problemas tienen un gran impacto al momento de trabajar en los procesos de adherencia y/o adquirir conductas saludables que son necesarias e indispensables para el manejo de la enfermedad. Es por eso por lo que no hay que dejar de lado y remarcar la importancia de tratar estos aspectos dentro del diseño de las intervenciones psicológicas en esta enfermedad.

Entonces, habría que pensar en tratamientos que incluyan estos puntos para lograr un manejo integral de la enfermedad. Sin embargo, la literatura sugiere, aunque aún no se han llevado a cabo (al menos en los que he citado), trabajos que comprueben la efectividad de la implementación de un programa que incluya técnicas para:

- Solución de problemas mediante estrategias que permitan identificar los problemas para ofrecer soluciones y llevarlas a cabo.
- Manejo del estrés mediante diversas estrategias como pueden ser las técnicas de relajación, solución de problemas, manejo de habilidades sociales y modificación de pensamientos irracionales.

Por lo que, al pensar en el diseño de una estrategia que permita abordar la enfermedad desde un enfoque psicológico, encontramos una amplia gama de posibilidades, en términos de técnicas de modificación conductual, que permiten incidir sobre los pensamientos y conductas de las personas. Entre las técnicas que además de que se ha comprobado su eficacia para este tipo de problemas y que podrían aplicarse en este contexto, enlisto 4 técnicas principales para abordar la problemática: la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el manejo de habilidades sociales y la relajación.

Todas estas técnicas responden a necesidades específicas de los problemas, es decir, la reestructuración cognitiva ayudaría a modificar los pensamientos catastróficos que se pueden presentar en los pacientes, así como

las ideas irracionales que se generen debido al diagnóstico o vivencia de la enfermedad.

La solución de problemas podría ayudarnos en los contextos donde los pacientes tienen que decir que no cuando tienen que comer algo diferente o cuando tienen que apegarse a un régimen alimenticio, por ejemplo, si un paciente sale con su familia y es el único momento que tiene para estar con ellos y compran un pastel, el paciente tendrá que aprender a decir que no ante cierta situación o emplear técnicas de autocontrol que van a servir en este caso, para poder medirse en la porción de pastel que pueda comer de acuerdo a su régimen alimenticio que esté indicado por el profesional correspondiente.

El manejo de habilidades sociales que permitiría al paciente, contar con las habilidades para relacionarse con las personas en su entorno social mediante conductas asertivas y conductas de negociación permitiéndole establecer límites al expresar sus deseos, pensamientos y necesidades de manera clara y precisa. En este sentido, el entrenamiento de las habilidades sociales permite a los pacientes la expresión de sus necesidades reales en los diferentes contextos, pensando en que, por ejemplo, puedan rechazar una doble porción de un trozo de pastel en una reunión familiar, expresando la razón por la que no quieren o pueden comer de manera clara y segura, mediante el establecimiento de límites.

Por último y no menos importante, las técnicas de relajación, cuya importancia es determinada por las cifras reportadas por los investigadores con relación a los niveles de estrés y ansiedad que manejan los pacientes diabéticos. Entonces, la importancia de estas técnicas de relajación radica precisamente en brindar al paciente acciones que le permitan modificar su estado emocional para generar conductas diferentes mediante ejercicios de tensión y distensión muscular y ejercicios de respiración, por mencionar algunos.

Entonces, lo que he planteado anteriormente, brinda información acerca del trabajo que podemos hacer como psicólogos ante problemáticas como la que se

ha abordado en este trabajo. Recordemos que la calidad de vida está compuesta por varios factores que intervienen en ella como son el estado físico de las personas, el estado emocional y el estado de salud. Sin embargo, todos estos aspectos se pueden ver dañados como consecuencia de la enfermedad, entonces es importante tratarlos con la finalidad de mejorar la calidad de vida y a su vez disminuir las consecuencias de la enfermedad mediante el autocuidado de las personas, esperando que estas conductas que en un inicio se están implementando, se mantengan a lo largo del tiempo para generar cambios duraderos.

Concluyendo, desde mi punto de vista como profesional, el elegir y manejar algún problema de salud, es una decisión importante por lo que esto implica. En primer lugar, el conocer la población y las necesidades que requiere para poder encontrar o crear líneas de acción para brindar herramientas que respondan a las necesidades específicas, aunado a la importancia del impacto psicológico que conlleva el proceso de la enfermedad en todas sus etapas.

Si bien, como profesionales, contamos con el conocimiento de técnicas de modificación conductual que ya han permitido comprobar su efectividad aplicándose a diversas problemáticas, es fundamental mantener el interés por seguir conociendo que se está haciendo y cómo se está llevando a cabo el trabajo ante estas problemáticas, lo que nos permita recopilar información y ampliar nuestro panorama para pensar desde otra perspectiva los objetivos que queremos llevar a cabo y la manera en que queremos trabajarlos.

Me es importante mencionar que el trabajo que realizamos desde la psicología, en este caso, como parte de un equipo multidisciplinario de salud, es fundamental para lograr cambios conductuales traducidos en la modificación de conductas saludables que permitan a las personas comportarse de una manera funcional en su entorno y su cotidianidad.

Finalmente, este proyecto me ha dejado grandes enseñanzas a nivel personal y profesional, en primera, la importancia y necesidad del trabajo psicológico ante las problemáticas de salud, sin dejar de lado las problemáticas de la vida cotidiana a las que se enfrentan las personas. Además, el asumir esta condición profesional y tener un criterio para poder analizar las problemáticas, entenderlas y pensar en la manera en que se pueden modificar determinados aspectos conductuales, en definitiva, me ha dado la seguridad de que, por medio de los conocimientos que adquirí en mi etapa de estudiante, puedo pensar, diseñar y formular estrategias que respondan a las necesidades de las personas, los objetivos y expectativas tanto de su trabajo como de mi trabajo y mi expectativa personal y profesional.

REFERENCIAS

- Alcaíno, D., Bastías, N., Benavides, C., Figueroa, D. y Luengo, C. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos*, 25 (1), 9 - 12
- Aldana, G., Fonseca, C. y García, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14 (4), 1 – 19
- Alonso, J., Antó, J.M. & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80 (1), 704-708. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1404742/>
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del 'SF-36 Health Survey': un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776. Recuperado de <https://www.uv.es/~docmed/documed/documed/705.html>
- American Psychiatric Association: APA (2014). Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, (pp. 103 - 128), Estaña, Médica Panamericana
- Anguiano, S. (2013) "El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual". En: Reynoso, L. y Becerra, A. (coord). *Medicina Conductual: teoría y práctica*. México: Qartuppi
- Ariza, C., Gavara, V., Muñoz, A., Aguera, F., Soto, M. y Lorca, J. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta de educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención Primaria*, 43 (8), 398 - 406

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwit98n6wsXZAhVPeawKHUTOBNMQFghQMAM&url=http%3A%2F%2Facademia.utp.edu.co%2Fmedicinadeportiva%2Ffiles%2F2012%2F04%2FGuias-ALAD-DIABETES-MELLITUS-Tipo2.pdf&usg=AOvVaw2iV4jOLs_kea7dPQVjtqE2

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2008). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2164%3A2010-guias-alad-diagnostico-control-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2&catid=4475%3Adiabetes-content2&Itemid=39447&lang=es

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2009). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigiti35bPZAhWXw4MKHQqbAzIQFggtMAA&url=http%3A%2F%2Fwww1.paho.org%2Fhq%2Fdmdocuments%2F2010%2FGuias_ALAD_2009.pdf&usg=AOvVaw2atkvDrJdKpYB5DI1IxNMN

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia, edición 2013. Recuperado de https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013

Bautista, L. y Zambrano, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17 (1), 131 - 148

Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (1), 20 - 26

Becoña, E., Vázquez, F. I., & Oblitas, L. A. (2000). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. *Psicología Contemporánea*, 2 (1) 4-15.

Bello, N. y Montoya, P. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28 (2), 73 - 77

Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*. 12 (1), 11-24.

Caballero, N., Pérez, I., Herrera, M., Manrique, M. y Sánchez, J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22 (2) 257-273

Cantú, P. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 27 (1), 1 - 14

Cardozo, I. y Rondón, J. (2014). La Salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Iztacala*, 17 (3) 1079 - 1107

Cascaes, F., da Rosa, R., Valdivia, B., Barbosa, P., da Silva, R., Oliveira, M. y Pereira, A. (2017). Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista de Psicología del Deporte*, 26 (1), 13 – 25

Cases, A. (2002). Enfermedad macro y microvascular en la diabetes mellitus tipo 2. *Nefrología*. 22 (2), 406 – 411

Castillo-Núñez, Y. y Aguilar-Salinas, C. (2016). Pobre adherencia a la medicación en la diabetes mellitus tipo 2: un problema en Latinoamérica. *Revista ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 6 (3), 108 - 110

Castro, G., Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2 (2) 147 – 150

Castro, G., Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2 (2), 147 - 150

Cerquera, A., Flórez, L. y Linares, M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 31 (1), 407 - 428

Colunga, C., García, J., Salazar-Estrada, J. y Ángel-González, M. (2008). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México, 2005. *Revista de Salud Pública*, 10 (1), 137 – 149

Consiglio, E. y Belloso, W. (2003). Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *Fundación Revista Medicina*, 63 (2), 172 - 178
recuperado de
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200014

Constantino-Cerna, A., Bocanegra-Malca, M., León-Jiménez, F. y Díaz-Vélez, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*. 25 (1), 196 - 203

Davidoff, L. (1989). Una introducción a la psicología en: *Introducción a la Psicología*. (pp. 3 - 39). México, McGRAW-HILL

Del Castillo, A., Romero, A., Iglesias, S. y Reyes, I. (2015). Validación psicométrica del Instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*. 24 (1), 47 – 54

Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología. Universidad de Antioquia*, 2 (3) 58 - 71

Escalona, B. y Ruíz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24 (1), 38 - 46

Escobar, J. y Escobar, M. (2016). Diabetes y depresión. *Acta Médica Colombiana*. 42 (2) 96 - 97

Fabián, M., García, M. y 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

Fernández, J.A., Rancaño, I. & Hernández, R. (1999). Psychometric properties of the spanish version of the questionnaire PLC-PECVEC for life quality profile in the chronically ill. *Psicothema*, 11 (2), 293 – 303. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=207>

Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 277 – 284

Flores, M., Vega, M. y González, G. (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia, (pp. 87 - 98). México, Universidad de Guadalajara

Frenk, P. y Márquez, E. (2010). Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. *Medicina Interna de México*, 26 (1) 36 - 47

Fundación Mídete (2016). Asumiendo el control de la diabetes. Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwizj_2g3rbZAhXB6YMKHSPkBc4QFggoMAA&url=http%3A%2F%2Foment.uanl.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FFMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf&usq=AOvVaw08kCdRd8oWPBv0v4T-JnzY

García, F. (2014). Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, México, Estado de México.

García, L., Maya, J. y Rodríguez, S. (1992). Historia de la Psicología I, (pp. 117 - 127). México, Siglo XXI

García-López, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. & Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *Revista CES Psicología*, 1 (1) 1 - 24

Gil-Velázquez, L., Sil-Acosta, M., Aguilar-Sánchez, L., Echeverría-Zuno, S., Michaus-Romero, F. y Torres-Arreola, L. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1) 58 - 67

Gil-Velázquez, L., Sil-Acosta, M., Domínguez-Sánchez, E., Torres-Arreola, L. y Medina-Chávez, J. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1) 104 – 120

Gómez, R., Díez-Espino, J., Formiga, F., Lafita, J., Rodríguez, L., González-Sarmiento, E.,...Sangrós, J. (2012). Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Medicina Clínica*, 140 (12) 134 - 140

González Cantero, J. y Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39 (2), 99 - 105

González, C., Bandera, S., Valle, J. y Fernández, J. (2015). Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: un estudio en un centro de salud. *Medicina general y de familia*, 4 (1), 10 -15

González, U. y Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2) 636 – 661

González-Cantero, J. y Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39 (2) 99 - 105

González-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Revista Waxapa*, 2 (5) 102 - 107

Harrsch, C. (2005). Campos de la psicología. El psicólogo, ¿Qué hace? en: Identidad del psicólogo. (pp. 147 – 162). México: Editorial Pearson Prentice Hall.

Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. y Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55 (2) s129 - s136

Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Boletín: Situación de las personas adultas en México (pp. 1 - 40), México, Gobierno de la República

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores: INAPAM. (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México | Enadis 2010, (pp. 1 - 83). México, CONAPRED

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores: INAPAM. (2016). Cultura del envejecimiento digno. Recuperado de [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi7uarB0MXZAhWB24MKHVkeBXgQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.inapam.gob.mx%2Fwork%2Fmodels%2FINAPAM%2FResource%2F68%2F1%2Fimages%2F4%2520CULTURA%2520DEL%2520E NVEJECIMIENTO%2520DIGNO%2520\(003\)V3.pdf&usq=AOvVaw0-dHyjVlo6prcD1L294sJM](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi7uarB0MXZAhWB24MKHVkeBXgQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.inapam.gob.mx%2Fwork%2Fmodels%2FINAPAM%2FResource%2F68%2F1%2Fimages%2F4%2520CULTURA%2520DEL%2520E NVEJECIMIENTO%2520DIGNO%2520(003)V3.pdf&usq=AOvVaw0-dHyjVlo6prcD1L294sJM)

Izquierdo-Valenzuela, A., Boldo-León, X. y Muñoz-Cano, J. (2010). Riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco. *Salud en Tabasco*, 16 (1), 861 – 868

Jiménez, M. y Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25 (1), 126 – 143

Jonis, M. y Llanta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cuál es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Médica Herediana*, 24 (1), 78 – 79

León, E. (2012). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a pacientes con diabetes del centro médico nacional "20 de noviembre", México, DF. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México

León-Mazón, M., Araujo-Mendoza, G. y Linos-Vázquez, Z. (2012). DiabetIMSS eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1), 74 - 79

Lizán, L. & Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 2 (1), 75-85. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-evaluacion-calidad-vida-relacionada-13029752>

Llorente, Y., Miguel-Soca, P., Rivas, D. y Borrego, Y. (2016). Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27 (2) 123 – 133

Lobo, A., Santos, M. y Calvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42 (1), 22 - 26

López, G. (2009). Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. *Medwave*, 9 (12) 1 – 17 Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>

Martínez, B. y Torres, L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*, 17 (2), 229 – 240

Martínez, F., Tovilla, C., López, L., Juárez, I., Jiménez, M., González, C. y Pool, S. (2014). Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gaceta Médica de México*, 150 (1), 101 - 106

Martinez, M., Hernández, M y Godínez, E. (2012). Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una clínica regional del municipio de Jilotepec, México. *Atención Familiar*, 19 (3), 58 – 60

Méndez, F. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10 (2), 189 – 198

Mercado, A., Oudhof, H. y Robles, E. (2014). Visión existencial de la depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*. 22 (2), 64 - 71

Mielgo, A., Ortiz, M. y Ramos, C. (2001). El rol del psicólogo que trabaja con personas mayores. Definición y desarrollo profesional. *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 395 - 409

Monés, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española*, 76 (2), 71 - 77 recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=954794>

Morales, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (2) 136 – 138

Myers, D. (2011). Historia del psicólogo en: *Psicología*. (pp. 1 - 13). México: Editorial Panamericana Médica

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol*, 16 (1)
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*. 49 (3), S331 - S337
- Olvera, J., & Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (4), 149-158.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Ortega-Morán, C., Calderón-González, M., Gómez-Alonso, C. y Muñoz-Cortés, G. (2017). Satisfacción de pacientes del módulo DiabetIMSS y su asociación al control glucémico en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 24 (2), 77 - 81
- Osorio, M., Olvera, S., Bazán, E. y Gaitán, R. (2016). Calidad de vida percibida por pacientes pediátricos con hemofilia y sus padres. *Psicología y Salud*, 26 (1), 15 - 23
- Parra-Sánchez, J., Moreno-Jiménez, M., Nicola, C., Nocua-Rodríguez, I., Amegló-Parejo, M., Carmen-Peña, M.,...Gajardo-Barrena, M. (2015). Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*, 47 (9), 555 – 562
- Pasillas, A., Rentería, A. y Rodríguez, M. (2015). Evaluación de un programa sobre conocimientos y adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. *Psicología y Salud*. 22 (1), 31 – 41
- Pelcastre-Villafuente, B., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T. y Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores

que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27 (3), 460 – 470

Peña-Solano, D., Herazo-Dilson, M. y Calvo-Gómez, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57 (4) 347 – 355

Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (3), pp. 669-679.

Rentería, A., Rodríguez, M. y García, J. (2017). Programa de adherencia a la dieta en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y su efecto con los índices de peso y masa corporal: estudio exploratorio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (2), 479 – 201

Reyes, A., Salguero, A. y Tena, O. (2015). Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres. *Alternativas en psicología*. 3 (32), 125 - 144

Reynoso, E. y Seligson, N. (2005). Psicología de la salud: un enfoque conductual. Cap. 1. Argentina: Manual Moderno

Riveros (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3) 445-462

Riveros, A. Castro, C. y Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 291 – 304

Riveros, A. Sánchez-Sosa, J. y Del Águila, M. (2009). Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). México: Manual Moderno

Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos

esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445 - 462

Rodríguez, A., Valderrama, L. y Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25 (1) 246 - 258

Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5 – 12

Rodríguez, J. (2002). Historia de la psicología de la salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23 (3-4), 185 – 221

Rodríguez, M. y García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 210 – 222

Rodríguez, M., Rentería, A. y Rodríguez, N. (2016). Cambios en la dieta y en indicadores antropométricos de pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico de intervención. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8 (1), 42 - 49

Rodríguez, M., Rentería, A., Rosales, A. y Rodríguez, N. (2014). Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Pensando Psicología*, 10 (17), 103-112

Rodríguez, M., Rodríguez, J., Rentería, A. y Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (4), 1262 – 1282

Rodríguez-Ábrego, G., Escobedo, J., Zurita, B. y Ramírez, T. (2007). Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública en México*, 49 (2), 132 – 143

Rodríguez-Moctezuma, J., López-Delgado, M., Ortíz-Aguirre, A., Jiménez-Luna, J., López-Ocaña, L. y Chacón-Sánchez, J. (2015). Etapas del duelo en

diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (5), 546 - 551

Sahakian, W. (1990). Historia de la psicología, (pp. 367 – 405). México, Trillas

Sánchez-Cruz, J., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S. y Yáñez-González, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención Familiar*. 23 (2), 43 – 47

Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R. y Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (6), 540 – 546

Soler, Y., Pérez, E., López, M. y Quezada, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey*, 20 (30), 244 – 252

Soria, R., Vega, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en psicología*, 14 (20)

Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), 15 - 26

Tapia, G. (2017). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Pasaje 2016. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional de Loja, Ecuador

Terechenko, N., Baute, A. y Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Medicina familiar y comunitaria*, 10 (1), 20 - 33

Valadez, I., Alfaro, N., Centeno, G. y Cabrera, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud*, 5 (3), 1 – 10

Velasco, C. (2016). Evolución de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en población derechohabiente del IMSS. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54 (4) 490 – 503

Villegas-Vázquez, K. y Montoya-Arce, B. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20 (79), 133 - 167

Vinaccia, S. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Colombiana Cancerología*, 14 (4), 187 – 188

Virgen, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6 (1), 1 – 11