



**Universidad
Latina**

**UNIVERSIDAD LATINA
CAMPUS CUERNAVACA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Incorporación a la Universidad Nacional
Autónoma de México No. 8344-25**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA, CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN A UN
PROGRAMA DE SALUD**

TE S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

**P R E S E N T A:
GUADALUPE NAVARRETE Y ACUÑA**

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. CARMEN DE JESÚS MÁRQUEZ FLORES.**

CUERNAVACA MORELOS AGOSTO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A mi hija

Mi motivación más grande para concluir la carrera, durante este tiempo te agradezco por esperarme día a día y creer en mí. Por animarme en días difíciles, mostrarme y recordarme que todo tiene solución. Agradezco al cielo por darme una gran motivación para ser mejor día a día y disfrutar de tu hermosa compañía.

A mis tíos

Por su apoyo incondicional.

A mis padres

Por apoyarme en todas mis decisiones, confiar y creer en mí.

A mi asesora

Por ayudarme a lograr la investigación y ser paciente.

A mi futuro esposo

Por apoyarme en todo lo posible.

Te dedico este trabajo a ti, Melissa.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	I
INTRODUCCION	III
CAPITULO I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Los pacientes diabéticos tipo II ante la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el estrés producido por la enfermedad.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Planteamiento de hipótesis de investigación.....	7
1.3 Objetivos de la Investigación (general y específicos).....	8
1.4 Justificación de la Investigación.....	9
1.5 Alcances y limitaciones de la investigación.....	11
CAPITULO II. DIABETES	
2.1 Características de la Diabetes.....	13
2.2 Cifras de personas con Diabetes tipo II en México y en el Mundo.....	19
2.3 Descripción del programa DiabetIMSS.....	20
CAPITULO III. ADHERENCIA TERAPEUTICA	
3.1 Definición de Adherencia terapéutica.....	23
3.2 La adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.....	23
CAPITULO IV. CALIDAD DE VIDA	
4.1 Definición de Calidad de vida.....	27
4.2 La calidad de vida de los pacientes diabéticos.....	27
CAPITULO V. ESTRÉS	
5.1 Definición de Estrés.....	31
5.2 Niveles de estrés en paciente diabéticos.....	31

CAPITULO VI. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Investigación y definición de variables.....	34
6.2 Muestra.....	34
6.3 Técnicas e Instrumentos de la investigación.....	35
6.4 Procedimiento.....	37

CAPITULO VII. RESULTADOS

7.1 Datos demográficos de la muestra.....	39
7.2 Adherencia terapéutica.....	43
7.3 Calidad de vida.....	44
7.4 Estrés.....	48
7.5 Calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo II con respecto al género.....	49
7.6 La adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género.....	50
7.7 El estrés terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género.....	51
7.8 La Calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo II con respecto al nivel educativo.....	52
7.9 La adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al nivel educativo.....	53
7.10 El estrés en pacientes con diabetes tipo II con respecto al nivel educativo.....	54
DISCUSION Y CONCLUSION.....	55
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXO.....	67

RESUMEN

La diabetes mellitus fue reconocida como un problema médico desde hace cientos de años. Los datos más antiguos se encontraron en el papiro de Ebers (1535 a.C.), en donde se describe un padecimiento con producción de grandes cantidades de orina.

La adherencia al tratamiento requiere ciertos cuidados para el manejo de la diabetes tipo II como son una alimentación balanceada, realizar actividad física así como manejar niveles de estrés bajos, al llevarse a cabo en conjunto se tiene como resultado un adecuado manejo de la diabetes evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente para lograr estos objetivos es necesario la aceptación del paciente hacia la enfermedad así como tener la información adecuada sobre la enfermedad que le permita llevar un apego saludable.

El objetivo de la investigación fue demostrar la eficacia del programa DiabetIMSS así como estimar algunos factores relevantes en pacientes con diabetes tipo II como son la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la importancia de los niveles de estrés que manejan.

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo con 130 pacientes con diabetes tipo II del módulo de DiabetIMSS de una institución pública de salud durante el periodo de mayo- agosto de 2017. Las variables analizadas fueron sociodemográficas: sexo, edad, nivel educacional y estado civil. Las técnicas utilizadas fueron escala de Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL, escala de Propiedades Psicométricas de la Escala de Estrés para Diabéticos y escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos.

Se procesó la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS 10 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas.

De acuerdo con los resultados El 57.7% de los pacientes con diabetes tipo II considera que su adherencia al tratamiento es excelente, el 66.2% son mujeres y el

33.8% en donde el 20.8% considera que su calidad de vida es buena, el 76.2% de los pacientes son casados, el 14.6% son solteros de los cuales el 60% considera sus niveles de estrés bajos, el 37.7 cuenta con primaria de los cuales el 44% considera buena su adherencia terapéutica al tratamiento, el 10.8% cuenta con licenciatura de los cuales el 64.3% considera excelente su adherencia terapéutica.

Los diferentes factores que influyen en su dinámica para un adecuado manejo de la diabetes dependen en tanto del aspecto social como de la percepción del paciente hacia la enfermedad.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus tipo II es considerada a nivel mundial como un problema de salud grave crónico y degenerativo, el cual se caracteriza por un deterioro total o parcial de la glucosa en sangre llevando al organismo a presentar daños en órganos, por lo cual el paciente puede presentar síntomas dañinos donde requiere de la modificación de hábitos en su vida cotidiana para una calidad de vida adecuada así como reducir los niveles de estrés, esto requiere una adherencia terapéutica en donde el paciente establezca metas así como una disposición de cumplir con los requerimientos médicos.

Datos del Instituto Nacional de Salud Pública estima que el 14% de los adultos en México tiene diabetes. Esta es la principal causa de muerte en el país. La diabetes es la primera causa de ceguera prevenible en el adulto en edad productiva, la primera causa de insuficiencia renal terminal, la primera causa de amputaciones no traumáticas y la principal causa de infartos al miocardio. (Villalpando, 2017)

De acuerdo con Barceló (2010) esta enfermedad se está incrementando dramáticamente y se estima que en 2025 el número de persona con diabetes se duplicará, razón por la que se considera que será la próxima epidemia mundial. (Hoyos, 2011).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino de la Universidad Autónoma de Nuevo León realizó un estudio en 2016, en el cual encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016.

Dentro de los factores de riesgo de mayor importancia en la actualidad para el desarrollo de la diabetes tipo II se encuentran la obesidad, el sobrepeso desencadenado por una inadecuada alimentación y vida sedentaria así como el incorrecto manejo del estrés y las emociones deteriorando la calidad de vida del paciente. Se deben tomar medidas oportunas para la modificación de estos hábitos para así prevenir consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la enfermedad ya que dependiendo del organismo las alteraciones en órganos serán inevitables e irreversibles.

La diabetes a partir de su diagnóstico requerirá atenciones para su control y un manejo en donde tanto el tratamiento farmacológico y la disposición del paciente para realizar la modificación de algunos hábitos darán como resultado una calidad de vida donde el paciente pueda seguir con su vida diaria sin alguna afectación.

En México estudios recientes revelan que en las últimas décadas las cifras de muertes por diabetes tipo II se han incrementado llevando a ser la primera causa de muerte por este padecimiento. Esto se ha debido en gran parte a la práctica de tres comportamientos poco saludables, que son alimentos con alto contenido calórico, la disminución en la actividad física y el manejo inadecuado del estrés.

La educación sobre la diabetes tipo II y la modificación de estos tres comportamientos es indispensable para lograr un buen control de la enfermedad ya que es incurable y si no se hace algo al respecto por su control puede ocasionar daños irreversibles a corto plazo tanto a la salud física y emocional del paciente como a su familia y el medio que lo rodea.

Retomando a Naranjo (2016) se consideran tres tipos de prevenciones, la primera es la prevención primaria, está dirigida para cambiar factores de riesgo modificables como son la obesidad y el sedentarismo con el fin de fomentar una vida saludable. La prevención secundaria tiene como objetivo lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, para prevenir las complicaciones agudas y crónicas reduciendo la calidad de vida en el paciente. La prevención terciaria está encaminada a detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas, lo que incluye un control metabólico óptimo para evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social, a fin de impedir la mortalidad temprana. (Hernández, 2016)

Por lo tanto se han realizado diversos estudios para la adaptación de los pacientes diabéticos en la modificación de su estilo de vida, durante el proceso que factores pueden influir para el cambio adecuado permitiéndole mejorar su adherencia terapéutica y así elevar la calidad de vida pudiendo retrasar complicaciones a corto plazo además qué tanto se apega el paciente al tratamiento de su enfermedad, motivo por el cual la presente tesis tiene como objetivo mostrar la efectividad de un

programa de salud pública llamado DiabetIMSS, de esta manera se pretende analizar la calidad de vida, la adherencia terapéutica y estrés en pacientes con diabetes tipo II dentro del programa de DiabetIMSS.

CAPITULO I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Los pacientes diabéticos tipo II ante la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el estrés producido por la enfermedad.

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica degenerativa que constituye uno de los problemas más importantes de salud pública en México, en los últimos años ha ocupado los primeros lugares de mortalidad general en México. De acuerdo con el INEGI a nivel nacional durante 2011, 9 de cada 100 personas no aseguradas que se realizaron una prueba de diabetes, fue positiva. El mismo año 70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus. (INEGI 2013).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino realizó un estudio a nivel nacional en 2016 donde se encontró que las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Esta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). (OMENT, 2016).

Siguiendo con los datos del OMENT (2016) La mayor prevalencia de diabetes se observa entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%).

De los adultos que reportaron un diagnóstico médico previo de diabetes, se encontró lo siguiente:

- El 87.7% de los adultos con diabetes recibe un tratamiento para controlar la diabetes, cifra que aumentó ligeramente de la cifra de 85% en 2012.
- La medición de hemoglobina glicosilada, que aporta información acerca del control de la glucosa de los últimos 3 meses, se realizó en 15.2% de los pacientes (12.1% de los hombres y 17.5% de las mujeres) en el año previo.
- Las complicaciones reportadas por los adultos diabéticos fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas. Las amputaciones se observaron en 5.5%.

- Por último, 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones. (OMENT 2016).

Retomando datos del INEGI (2013) en el estado de Morelos registró datos en el 2011 donde presenta el mayor número de casos nuevos de diabetes mellitus (655 hombres y 746 mujeres, por cada 100 mil personas de cada sexo). (INEGI, 2013).

Es importante mencionar que la diabetes tipo II es la forma más común de la enfermedad metabólica causada por la deficiencia en la producción y utilización de insulina, cuya consecuencia es una elevación anormal de la glucemia (alta presencia de azúcar en la sangre). Manejar niveles altos de azúcar en sangre presenta un riesgo constante para los pacientes ya que se puede llegar a presentar cardiopatías, neuropatías o alguna otra afectación en uno o varios órganos internos del cuerpo. Teniendo como consecuencia la acelerada disminución de la calidad de vida del paciente con diabetes.

Aunado a lo anterior, la diabetes tipo II se asocia con otros factores de riesgo como el sedentarismo o inadecuados hábitos alimenticios desencadenando problemas de salud como los cardiovasculares. Por lo tanto es de suma importancia que los pacientes con diabetes tipo II lleven un adecuado control sobre sus hábitos en general para reducir los riesgos de complicaciones a largo plazo.

La experiencia de vivir con diabetes tipo II y las exigencias derivadas del manejo de la enfermedad como son por ejemplo el cambio de hábitos alimenticios, el control adecuado de las emociones, el estrés y la toma de medicamentos pueden incidir negativamente en la calidad de vida y la adherencia terapéutica en los pacientes sobre la adaptación de la enfermedad en su vida diaria; así como conocer las complicaciones que pudieran desarrollarse o complicarse a lo largo de la enfermedad, ya que muchas veces los pacientes desconocen las complicaciones y riesgos de la enfermedad y no logran darse cuenta de la gravedad de su padecimiento por el estilo de vida que han llevado durante muchos años. Esto puede ser un impedimento para adaptarse al nuevo estilo de vida que requiere el adecuado manejo de la diabetes. Este cuidado implica modificar significativamente la manera

de vivir y apegarse estrictamente a actividades de autocuidado, tales como: monitorear las cifras de glucemia, administrar los medicamentos necesarios, llevar un régimen alimenticio y fomentar la actividad física, ya que entre más apego haya en el tratamiento, mejor control de la glucosa y por lo tanto mejor calidad de vida del paciente.

El estrés es un factor que puede interferir en la adaptación a la diabetes tipo II así como su adecuado control. Se ha demostrado que el estrés influye en los niveles de azúcar en sangre causando de esta manera efectos negativos que tiene sobre la salud de los pacientes pudiendo incrementar las complicaciones. Retomando a Delgado (2013) menciona que en la agitada vida moderna el ser humano tiene que resistir diversos eventos que pueden resultarle altamente estresantes, como las exigencias laborales, familiares, sociales o económicas, entre otras. (Delgado, 2013).

Benson y Casey citado por Delgado (2013) advierten que el estrés presentado por largos periodos de tiempo se le considera crónico, porque influye en la aparición o deterioro de diversas enfermedades, como asma, artritis reumatoide, problemas gastrointestinales, depresión, ansiedad y diabetes. También hacen mención que el estrés no causa directamente la diabetes, no obstante, para las personas que tienen esta tendencia, un estrés incrementado puede acelerar la aparición de esta enfermedad. Lo que desconocen es que la diabetes tipo II ya estaba presente, pero el estrés vino a detonarla al elevarse los niveles de glucosa muy por arriba de los rangos de control o al provocar la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. También menciona que en pequeñas cantidades el estrés puede funcionar para mantener cierta alerta y poder enfrentar las situaciones que se presentan día a día. (Delgado, 2013).

En las personas con diabetes tipo II, los factores estresantes se potencializan, por un lado, porque tienen que lidiar con las exigencias que presenta la vida cotidiana, y por otro, la enfermedad les demanda cuidados permanentes. Por esta razón, cuando el paciente tiene un manejo inadecuado del estrés, los nervios que controlan el páncreas pueden llegar a inhibir la secreción de insulina. En las personas que no

presentan diabetes estas fuentes de energía pueden utilizarse y gastarse rápidamente. Sin embargo, en las personas con diabetes tipo II, la falta de insulina o la insensibilidad a la misma provocará que la glucosa recién producida se acumule por largos periodos de tiempo en el torrente sanguíneo. De acuerdo con Surwint citado por Delgado (2013) Este proceso ocasionará la lesión de pequeños vasos sanguíneos que se sitúan principalmente en ojos y riñones, produciéndose de esta manera una complicación crónica denominada retinopatía o nefropatía. (Delgado, 2013).

Las personas con diabetes tipo II pueden percibir el estrés como negativo o positivo. La percepción negativa puede aparecer cuando se percibe a la enfermedad fuera de control; en este escenario algunos pacientes suelen sentirse tristes, frustrados y abandonados. En cambio, el estrés positivo puede generar que las personas se sientan confiadas para controlar la glucosa, ya que al percibir la enfermedad como una oportunidad para vivir mejor, iniciarán con agrado la práctica de comportamientos saludables.

Carrasco citado por Delgado (2013) menciona que el estrés no sólo se relaciona con niveles altos de glucosa, sino que hay personas con diabetes tipo II en las que el estrés les genera niveles bajos de glucosa. Puntualizan que cuando algunos pacientes se encuentran angustiados, incrementan el consumo de alimentos con alto contenido calórico con el fin de calmar su ansiedad. Otros, por el contrario con el estrés pierden el apetito y aumentan el riesgo de presentar una hipoglucemia (baja de azúcar en la sangre) que podría poner en riesgo su vida. (Delgado, 2013).

Los pacientes con diabetes a partir de su diagnóstico requerirán de atención durante toda su vida. Ante esta situación es importante la valoración de la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo II debido a que da pautas específicas para el cuidado, donde se puede prevenir o retrasar las complicaciones derivadas de la enfermedad.

De acuerdo con el grado que cumpla o se adhiera el paciente a las indicaciones terapéuticas ya sean médicas o psicoconductuales, se ha convertido en un punto de

investigación muy importante debido a que se ha demostrado que la baja calidad de vida encontrada en los pacientes repercute de manera directa en su vida cotidiana generando además un desequilibrio emocional que a su vez sin las medidas preventivas tiende a desarrollar complicaciones. La falta de apego crea grandes pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal las secuelas que va dejando la enfermedad traen consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles que además son progresivas. Desde el punto de vista social representa un gran costo anual para las instituciones de salud aunado a que los tratamientos se lleven de una manera inadecuada, que se prolonguen de manera innecesaria los tratamientos y a su vez presentan recaídas que podrían evitarse.

(Castillo, 2005) Menciona que el impacto físico y emocional de ser diagnosticado con diabetes tipo II a lo largo de la enfermedad deteriora la calidad de vida de quien la padece. Así mismo, reitera que tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Con frecuencia se ven asociados a aspectos como la capacidad social, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.

De acuerdo a un estudio realizado en el IMSS del estado de San Luis Potosí en 2005, (Castillo 2005) refiere que el nivel educativo bajo de los pacientes con diabetes tipo II se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico. Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales repercutiendo así en su calidad de vida.

Vázquez (2009) ha definido la salud como un comportamiento específico donde es el bienestar biopsicosocial total del individuo. Debe quedar claro que hablar de salud no es hablar de enfermedad pues la salud por sí sola tiene cualidades, virtudes, beneficios, posibilidades y capacidades.

Weinman citado por Vázquez (2009) afirma que los comportamientos que sustentan la salud o derivan de ella están sometidos paulatinamente en hábitos y estilos de vida. Las prácticas cotidianas de los comportamientos que resultan en salud no suelen provenir del conocimiento ni de una metódica estrategia dirigida explícitamente a ello, la mayoría de las veces son prácticas que derivan de una costumbre cotidiana que de manera azarosa puede o no resultar saludable. De esta manera se mantiene una conducta que se ha aprendido visto o vivido sin atender la salud como una posibilidad como algo digno de tomarse en cuenta para mantenerse. El proceso de salud se refiere al curso que usualmente toman los eventos que generan y caracterizan a los estados saludables, una secuencia de eventos que tiene interacción con los factores biopsicosociales y van cambiando de acuerdo a las necesidades de la persona. La salud no es un estado permanente, es un proceso donde la persona aprende estrategias para un adecuado manejo de bienestar que lo lleve a tener salud. (Vázquez, 2009).

De acuerdo a Patrick y Erickson citado por Robles (1993) la calidad de vida relacionada con la salud se define como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. En términos generales éste concepto ayuda a evaluar el funcionamiento de personas con diversas enfermedades y son útiles al comparar diferentes poblaciones. De manera específica el término se utiliza para evaluar características específicas de una enfermedad o población particular. (Robles, 2003).

1.2 Planteamiento del problema.

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone siempre el ajuste y cambio de una serie de patrones conductuales, por lo general establecidos en la persona diagnosticada. En el caso de la diabetes tipo II el paciente debe realizar una serie de modificaciones conductuales que incluyen cambios en la alimentación, actividad física, medicación y autocontrol de la glucosa. Estos ajustes tienen que ser durante

toda la vida requiriendo altos niveles de adherencia al tratamiento con la finalidad de alcanzar un control adecuado de la glucosa y atrasar la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad. Todos estos cambios conductuales son altamente demandantes para el paciente y podrían generar altos niveles de estrés afectando su calidad de vida.

Es frecuente que los pacientes no muestren adherencia a su tratamiento para el manejo de enfermedades crónicas y este hecho tiene efectos a niveles individual y social. Un paciente que no sigue el tratamiento es probable que presente complicaciones de salud que pueden ser graves, llevándolo a tener mayores gastos económicos para el tratamiento adecuado de la enfermedad como son los medicamentos, la atención médica y los exámenes de laboratorio de rutina. Así como a nivel emocional puede causar un nivel alto de estrés llevando a la persona a presentar niveles altos de glucosa.

A partir de esto, se plantea el siguiente *problema de investigación*: ¿De qué manera se presenta la adherencia terapéutica, calidad de vida y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten a un programa de salud?

1.3 Planteamiento de hipótesis de Investigación.

El presente trabajo de tesis se realiza con la finalidad de analizar la calidad de vida, adherencia terapéutica y estrés en 130 pacientes con diabetes tipo II mayores de 40 años dentro de un programa de control de una Institución pública de salud que se encuentra en Cuernavaca, Morelos. Los pacientes con diabetes tipo II cuentan con una baja tendencia de calidad de vida derivado de diversos factores que pueden ser desconocer, subestimar o ignorar por completo la enfermedad y las posibles consecuencias llevándolos a presentar complicaciones en los niveles altos de glucosa aunado al estrés que puedan vivir en su vida teniendo como principal consecuencia una baja adherencia a su tratamiento que a su vez se ve afectada la calidad de vida que sin darse cuenta es baja además de que el manejo de

emociones se presenta de manera inadecuada pues al presentar algún efecto de la enfermedad la tendencia a permanecer angustiado o enojados aumenta.

Es importante alertar a la sociedad los posibles riesgos que conlleva el padecer diabetes tipo II ya que puede verse afectada la calidad de vida de la persona, siendo también la adherencia terapéutica determinante para que el paciente se apegue al tratamiento, el modificar hábitos para lograr el control adecuado de la diabetes tipo II incluyen tres factores importantes: la alimentación, actividad física y el cuidado de la salud mental teniendo un mejor manejo del estrés. Esta última se enfatiza ya que es la que menos se tiene control debido a que se desconoce que las emociones están relacionadas con el cuidado de la diabetes tipo II. De tal manera que para la presente investigación se propone la siguiente hipótesis:

Hipótesis de investigación: La adherencia terapéutica, calidad de vida y estrés son factores que modifican el comportamiento de las personas que sufren diabetes tipo II limitando su capacidad de adaptación a un tratamiento.

1.3 Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Analizar la calidad de vida, estrés y adherencia terapéutica que presentan pacientes con diabetes mellitus tipo II dentro del programa llamado DiabetIMSS en una Institución pública de salud.

Objetivos específicos

1. Describir la adherencia terapéutica al tratamiento que llevan los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II.
2. Describir la calidad de vida que se presentan los pacientes que presentan los pacientes que presente diabetes mellitus tipo II.

3. Describir el estrés que pudieran presentar los pacientes que presentan los pacientes que presente diabetes mellitus tipo II.

1.4 Justificación

La diabetes es un problema grave de salud crónico degenerativo en donde el organismo se va dañando paulatinamente sin existir una cura para dicha enfermedad. En México se incrementa cada vez más esta enfermedad por inadecuados hábitos alimenticios, el estilo de vida; las personas viven con más estrés y eso hace que se generen también problemas emocionales, cuando existen preocupaciones o pérdida de cualquier tipo (económicas, emocionales, o físicas) llevan a la persona a presentar una baja calidad de vida. No solo los problemas afectan a las personas con Diabetes tipo II, el adecuado manejo de las emociones es fundamental en su tratamiento, ya que una emoción ya sea positiva o negativa así como el estrés que llegará a generar puede llevarles a presentar un desequilibrio de su glucosa, tal como las emociones modifican el estado de salud, muchas veces no le dan la importancia que se debe o la familia no está pendiente de las demandas del paciente, el desinterés o el desconocimiento de los cuidados de la enfermedad hace que el paciente no cuente con el adecuado manejo emocional y la posibilidad de presentar baja adherencia al tratamiento es mucho mayor. En algunos casos el mismo paciente no se interesa por aprender sobre el cuidado de su enfermedad llevándolo a presentar complicaciones a corto plazo, así mismo otros pacientes creen en los mitos que se han creado en la sociedad y que por su causa el paciente tiene miedo de tomarse la medicación o realizar algún cambio de su vida diaria tal como realizar ejercicio, algún hábito inadecuado de la alimentación o que viva estresado por el ritmo de vida que lleva.

Ante esto la adherencia terapéutica es importante en un paciente con diabetes tipo II ya que de esto depender si seguirá las indicaciones médicas, si está dispuesto a realizar algún cambio de hábito en su vida y sobre todo las prioridades o metas que se proponga en algunos casos, sirviendo como motivación para aceptar la

enfermedad y mejorar la calidad de vida aunado del conocimiento que pueda adquirir de la misma y la disposición que tenga para realizar los cambios, dentro de los cuales la calidad de vida tiene que reflejarse de manera alta pues hábitos que han realizado durante años de vida serían modificados por otros más saludables, pudiendo retrasar o no presentar alguna complicación a corto o largo plazo.

En algunos casos los pacientes no perciben el daño que causan los hábitos no saludables en su organismo, ellos pueden estar bien anímicamente y físicamente pero dentro de sus órganos puede estarse dañando algún órgano debido a los altos niveles de glucosa en sangre que pudieran estar manejando así como una vida sedentaria y el estrés son factores que promueven a la enfermedad a deteriorar la calidad de vida.

Es importante enfatizar el manejo de las emociones ya que el paciente con diabetes tipo II debe llevar una vida tranquila sin demasiado estrés, el estado de ánimo puede influir en las decisiones que tome en su vida diaria como por ejemplo seguir el tratamiento o darle la importancia que se merecen las situaciones que se le presenten ya que el único beneficio es para él mismo y teniendo como ganancia una mayor calidad de vida que quiera llevar.

Tanto la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el estrés son factores importantes en la vida de una persona con diabetes tipo II ya que en conjunto determinan que tanto le está importando su salud, el cuidarse a sí mismo y el conocimiento que pudiese tener sobre la enfermedad para poder vivir adecuadamente sin complicaciones a corto plazo y alejando las futuras que pudiera presentar.

La presente investigación pretende mostrar la eficacia de los programas donde las personas con diabetes tipo II que asisten a un programa de salud pública con la finalidad de mejorar la calidad de vida, así como aprender una adecuada alimentación y manejo de las emociones implementando el ejercicio a su rutina así como se requiere conocer de qué manera el psicólogo puede intervenir en el manejo

de la diabetes tipo II en conjunto con la salud mental del paciente de manera que se sienta bien consigo mismo.

El programa de DiabetIMSS tiene como objetivo fortalecer hábitos saludables que pueden ayudarle al paciente a postergar las complicaciones de la enfermedad así como reducir las creencias erróneas que giran torno a la diabetes tipo II como lo son los mitos, algunos sobre la alimentación o remedios milagrosos que aseguran curar la enfermedad. De esta manera un psicólogo es primordial en este programa para instruir en el adecuado manejo de las emociones así como en el estrés, aunado al acompañamiento a la aceptación de la enfermedad donde al paciente se le brinde de manera grupal técnicas de relajación, resolución de conflictos, manejo del estrés, y cómo manejar la diabetes en la familia, brindándole apoyo y seguridad durante el proceso y duración del programa.

1.5 Alcances y limitaciones de la investigación

Alcances de la investigación

Con esta investigación se quiere dar a conocer la relación de la enfermedad de la diabetes tipo II con el estrés, así como a su vez la adherencia que tiene el paciente con el tratamiento y la calidad de vida que lleva, así mismo las personas estén enteradas que mantener sus niveles de glucosa estables pueden mejorar su calidad de vida, tal como el manejo de emociones tiene su gran importancia, la aceptación y responsabilidad del paciente hacia la diabetes es crucial para el manejo de su tratamiento ya que desencadena ideas y pensamientos los cuales le genera estrés o poca adherencia a su tratamiento tal como situaciones externas que puedan influir en su comportamiento para una calidad de vida adecuada.

Limitaciones

En muchas ocasiones no se conoce el tiempo que llevan los pacientes con la enfermedad, para su evaluación los pacientes responden las escalas sin sinceridad, eso causaría un margen de error pudiendo sesgar los resultados, así como también

los pacientes no mantengan su permanencia en el grupo, que exista alguna distracción en el ambiente (ruido, ruido de la calle, música a alto volumen), el estado emocional en el que se encuentra el paciente en ese momento de la aplicación de la prueba, (estrés, conflicto reciente, pérdida reciente, preocupación etc.), la escolaridad, hay pacientes que no sabían escribir, dificultad para comprender las preguntas, el uso de la terminología que se utiliza en las escalas, pacientes sin instrucción de escolaridad. También es importante que los pacientes den una respuesta concreta o acorde a la pregunta.

CAPITULO II. DIABETES

2.1 Características de la Diabetes

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que puede provocar la muerte acelerada de las personas si no se tienen los cuidados pertinentes. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017) señala que la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Según la Federación Mexicana de Diabetes A.C. (Federación Mexicana de Diabetes, A.C., 2016) la diabetes es una condición que afecta la capacidad del cuerpo para transformar el alimento en energía. La insulina le ayuda a obtener energía de los alimentos. Siendo así una parte de la alimentación se transforma en azúcar llamada glucosa, esta viaja en las células para ser usada como energía. La insulina es la llave que abre la puerta a las células.

¿Cómo se diagnostica la diabetes?

Para la Asociación Americana de Diabetes (2015) existen varias maneras de diagnosticar la enfermedad. Por lo general es necesario repetir cada método una segunda vez para diagnosticarla. Se deben hacer las pruebas en un entorno médico (como el consultorio de su médico o un laboratorio). Si su médico determina que la persona tiene un nivel muy alto de glucosa en la sangre o síntomas clásicos de glucosa alta, además de una prueba positiva, quizá no sea necesario que su médico le haga una segunda prueba para diagnosticar la diabetes. (Asociación Americana de Diabetes, 2015).

Glucosa plasmática en ayunas. Esta prueba generalmente se realiza a primera hora en la mañana, antes del desayuno, y mide su nivel de glucosa en la sangre cuando está en ayunas. Ayunar significa no comer ni beber nada (excepto agua) por lo menos 8 horas antes del examen.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide su nivel de glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. Le indica a su médico cómo el cuerpo procesa la glucosa.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre a las 2 horas ≥ 200 mg/dl

Prueba aleatoria (o casual) de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando tiene síntomas de diabetes severa.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre ≥ 200 mg/dl

Clasificación de la diabetes.

De acuerdo a la OMS (2017) y de la Federación Mexicana de la Diabetes (2015) se tiene la siguiente clasificación:

A) Prediabetes

De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes(2015) significa que los niveles de azúcar en sangre (glucemia) son superiores a los normales, pero no lo suficientemente elevados para confirmar el diagnóstico de diabetes. En la prediabetes se tienen más posibilidades de desarrollar una diabetes tipo II, así como otras enfermedades cardiovasculares.

La prediabetes es un trastorno que no suele presentar síntomas, sin embargo, ya existe cierto tipo de lesión a largo plazo para el organismo, en particular para el corazón y el sistema circulatorio. La importancia de su detección estriba en que, si se toman medidas para controlar los niveles de glucemia cuando se tiene prediabetes, se puede prevenir o retrasar el desarrollo de una diabetes tipo II. Las dos herramientas terapéuticas fundamentales para controlar los niveles de glucemia durante la prediabetes son la alimentación y el ejercicio.

Tratamiento

La base de su tratamiento se centra en realizar cambios en el estilo de vida y en seguir controles periódicos.

Las principales medidas terapéuticas a realizar son:

- Llevar una alimentación saludable.
- Aumentar el nivel de actividad física.

Con la adopción de ambas medidas los niveles de glucemia pueden volver incluso a sus valores normales. También se dispone de algunos medicamentos que pueden ayudar a retrasar el desarrollo de una diabetes, pero generalmente se prescriben conjuntamente con la dieta y el ejercicio.

B) Diabetes tipo I

La Organización Mundial de la Salud (2017) señala que la diabetes de tipo I (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. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo I y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

C) Diabetes gestacional

De acuerdo con la OMS (2017) La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo II en el futuro.

Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

Deterioro de la tolerancia a la glucosa y alteración de la glicemia en ayunas.

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo II, aunque esto no es inevitable.

D) Diabetes tipo II.

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017) La diabetes tipo II (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo I, pero a menudo menos intensos. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

La Federación Mexicana de Diabetes (Federación Mexicana de Diabetes A.C., 2016) Señala que en la diabetes tipo II el cuerpo no produce suficiente insulina o tiene dificultad para utilizar esta insulina de manera adecuada a lo que se llama resistencia a la insulina, o ambos; mientras que en la diabetes tipo I existe una nula producción de insulina en el cuerpo. Cuando no tienes suficiente insulina o ésta no funciona adecuadamente, la glucosa permanece en la sangre. Con el tiempo, la glucosa se acumula en tus vasos sanguíneos y sale por orina. Esto puede dañar tus ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

La insulina es elaborada por células del páncreas llamadas células beta. Cuando se come y en otros momentos del día, el páncreas libera insulina a la sangre para controlar las elevaciones de la glucosa. Si las células beta mueren, no se elabora ya

insulina. Esto es lo que sucede en la diabetes tipo I. Por eso deben inyectarse insulina para vivir. Una persona con diabetes tipo II podría requerir insulina, pero no depende de ella para vivir.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017) refiere que la diabetes tipo II puede aparecer lentamente, se puede tener síntomas leves o no notar ningún síntoma durante años. Esto tendría como consecuencia que la enfermedad se diagnosticara ya con años de evolución y ya hayan aparecido complicaciones.

Factores de riesgo para desarrollar la diabetes tipo II.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) dentro de su estudio llamado: “Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes” cita a la Federación Internacional de Diabetes (IDF) mencionando los factores de riesgo los cuales son además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedente de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo. (INEGI, 2013.)

El diagnóstico y tratamiento conllevan a originar estados emocionales como la ansiedad y la depresión que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas. En la mayoría de las personas con este padecimiento, principalmente para adaptarse responsablemente a un estilo de vida saludable poco acostumbrado. (Rivas-Acuña, 2011).

El paciente con diabetes cuando recibe el diagnóstico tiene que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales.

La OMS refiere algunos síntomas frecuentes en las personas con diabetes como son sed constante, hambre constante, orina frecuente, visión borrosa y fatiga; se puede presentar también hormigueo, adormecimiento o dolor en las manos y pies, piel seca

y comezón, e infecciones de la piel, encía, vejiga o vagina que se repiten o curan lentamente.

Complicaciones frecuentes de la diabetes.

De acuerdo con el manual de autocuidado de la Federación Mexicana de diabetes, Descalzo, (2017) las complicaciones se dividen en dos grandes grupos:

Complicaciones microvasculares: es decir, que involucra vasos sanguíneos más chicos, a veces del grosor de un cabello. Si los niveles de azúcar en sangre se mantienen elevados por mucho tiempo, ese azúcar que no puede entrar en la célula para darle energía se va depositando en estos vasitos y va impidiendo que haya una correcta llegada de sangre a distintos órganos.

Complicaciones macrovasculares: se trata de complicaciones asociadas a arterias y venas de mayor calibre, donde el azúcar va endureciendo a los mismos, impidiendo que puedan funcionar correctamente afectando la adecuada llegada de sangre a órganos como corazón y cerebro.

Los órganos que se ven principalmente afectados son ojos, riñones, encías y dientes, pie, aparato reproductor femenino y masculino y por supuesto corazón y cerebro.

Cuando la diabetes es detectada a tiempo o se tiene un control adecuado de la misma se puede lograr que estas complicaciones se retrasen o evitar en su totalidad que aparezcan. Una persona puede lograr esto si realiza cambios en su actividad física, su estado emocional y sobre todo en una alimentación balanceada de acuerdo a su peso, talla, género y condiciones de vida.

El paciente con Diabetes tipo II cuando recibe el diagnóstico tiene que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales a los que se ve expuesto.

Esto puede conducir a problemas emocionales que impiden que el paciente se adhiera al tratamiento y a las recomendaciones dadas por su médico tratante. Como consecuencia, se presenta una disminución de la calidad de vida del paciente y un aumento de los costos del cuidado de la salud. Las personas con Diabetes tipo II deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares. (Descalzo, 2017).

2.2 Cifras de personas con diabetes tipo II en México y a nivel mundial.

De acuerdo con el informe mundial sobre la diabetes de la OMS (2016) 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. (OMS 2016).

A nivel mundial de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (IDF),(2015) se estima que para el 2040 la cifra de personas será de 642 millones. Así como cifras alarmantes como 1 de cada 11 adultos vive con diabetes en todo el mundo. De acuerdo con la IDF la mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad. (Federación Internacional de Diabetes, 2015).

En México la Federación Mexicana de Diabetes (Federación Mexicana de Diabetes, 2012) tiene registrado que México ocupa el 6to. Lugar mundial en números de personas con diabetes. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 (Federación, 2012) la diabetes +se encuentra entre las primeras causas de muerte en México, la cifra de diagnóstico aumenta después de los 50 años. Dentro de esta encuesta se menciona también que 4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes en el 2012. El incremento en actividad física, dieta adecuada y reducción de peso, disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43%, efecto que puede durar de 10 a 20 años después de concluida la intervención.

Retomando cifras del INEGI (INEGI, 2013) en un estudio que se realizó a nivel nacional durante 2011, en 9 de cada 100 personas no aseguradas que se realizaron una prueba de diabetes, ésta fue positiva.

Así mismo durante 2011, Morelos presenta el mayor número de casos nuevos de diabetes mellitus (655 hombres y 746 mujeres, por cada 100 mil personas de cada sexo).

La diabetes tiene una relación estrecha con la obesidad, generada por la mala alimentación y la falta de ejercicio en la vida diaria, así como puede estar el factor genético ya que la persona puede tener la predisposición para detonar la diabetes en alguna parte de su vida. Si se juntan estos factores las probabilidades son muy altas de que las personas tengan diabetes en la edad adulta ya que se asocian con los cambios metabólicos y funcionales que hacen a las personas más vulnerables y por lo tanto aumentan las complicaciones crónicas de salud.

2.3 Descripción del programa DiabetIMSS.

El alto índice de personas con diabetes llevó a las instituciones de salud a establecer programas para el autocuidado de la salud; acciones contempladas en estrategias de educación para la salud de los pacientes, eje principal en el manejo y control de enfermedades crónicas con el propósito de disminuir su impacto en la población.

El Instituto Mexicano del Seguro Social estableció el programa DiabetIMSS (Zúñiga-Ramírez MG, 2013) para el manejo y control de pacientes de 16 años y más, con diabetes mellitus tipo II para su atención mediante intervenciones multidisciplinarias mensuales, durante un año, en las que se involucran una serie de servicios de atención como: consulta externa de medicina familiar, trabajo social, enfermería, nutrición, oftalmología, estomatología y psicología; fueron excluidos pacientes con: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, pie diabético y daño cognitivo, de acuerdo con el objetivo del programa.

La atención de pacientes en el módulo se presenta de manera dinámica, la dirección, evaluación y manejo del paciente recae directamente en el médico familiar del módulo de DiabetIMSS, mientras que el personal de enfermería es responsable de las actividades educativas y asume el papel de promotora de salud al detectar y realizar acciones en beneficio de la salud del paciente.

Una vez que los pacientes se encuentran dentro del módulo se les puede dar envío a otro servicio de atención de acuerdo con las necesidades que el paciente detecta quien se le informa que debe acudir a todos los servicios que integran el programa durante su tiempo de estancia, estos servicios pueden ser estomatología, nutrición, trabajo social y psicólogo así como también algún médico especialista.

Este programa se puso en marcha desde el 1 de Junio de 2013 y tiene como finalidad la educación de personas con diabetes sobre cómo manejar la enfermedad enfrentando los cambios de estilo de vida que conllevan el tener diabetes. Los pacientes que ingresan al módulo de DiabetIMSS deben ser derechohabientes y presentar características similares como el control constante de la glucosa, que no presenten neuropatías, y asisten de manera voluntaria al módulo una vez al mes a pláticas grupales en donde se les proporciona el conocimiento y manejo de la enfermedad, técnicas para un mayor control emocional, el conocimiento de una alimentación balanceada y servicio de salud médica con una duración de un año para finalizar el curso. Los consultorios de la institución tienen la obligación de canalizar a los pacientes que son detectados con diabetes, ya sea que la enfermedad lleve años de evolución o sean recientemente diagnosticados, el módulo

tiene como propósito que toda persona aquella con la enfermedad reciba la información oportuna para el manejo de la enfermedad y evitar posibles complicaciones. A su vez se les pide que vayan de preferencia con un acompañante, éste puede ser algún familiar o una persona de confianza para que sea de apoyo el conocimiento; de igual manera que se pueda hacer la prevención oportuna de los familiares del paciente ya que genéticamente existe la posibilidad de padecer diabetes. Algunos beneficios de asistir al programa es que propicia la aclaración de dudas y mitos en torno a la enfermedad, favorece la convivencia y el intercambio de experiencias a la vez que fomentan hábitos saludables.

Dentro de los logros esperados del programa de DiabetIMSS se encuentra:

1. La modificación de conducta: Donde el paciente aprende a solucionar problemas y manejar el estrés, brindándole herramientas para solucionar conflictos o encontrar su estabilidad emocional quedando claros los motivos por los cuales es importante dejar de enojarse y manejar un control de las emociones adecuado.
2. Cuidados físicos y la importancia de agregar el ejercicio a la vida diaria ayudando a perder peso o mantenerse saludable que esto a su vez ayuda al metabolismo a su mejor funcionamiento.
3. Estilo saludable en la alimentación: Se les enseña el plato del buen comer y a partir de ello crean menús de comidas adecuando los alimentos permitidos a libre demanda y las porciones adecuadas de cada alimento así como aprendiendo la importancia que tiene una apropiada alimentación diaria para manejar niveles de glucosa adecuados para su salud.
4. El control médico mensual: donde se les hace análisis clínicos y chequeo, dotación de medicamento y vigilancia de la glucosa en sangre del paciente.

Estos elementos en conjunto forman el módulo DiabetIMSS donde tiene como objetivo que en 12 sesiones el paciente pueda modificar su estilo de vida para obtener un control de glucosa estable.

Capítulo III. Adherencia Terapéutica

3.1 Definición de Adherencia Terapéutica

Existen varias definiciones de adherencia terapéutica dentro de las cuales las más completas se refieren al objetivo de que el paciente logre cumplir con ciertos cuidados para la mejora de su salud.

Gil y colaboradores (2001) definen la adherencia como “el grado de consciencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”. Dicho concepto es similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) donde define a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: toma los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.”(López-Romero, 2015)

3.2 La adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la manera siguiente: Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. (Arias, 2001).

De acuerdo con Rodríguez-Martín (1995) se estima que un 40% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas. La tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45% cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábito o estilo de vida, la tasa de incumplimiento es incluso

más levada. Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo acatamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores (Libertad, 2004).

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Esto va a depender de la complejidad, dosificación y efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea el tratamiento (si exige cambios en la vida diaria, hábitos, varios medicamentos y diversidad de horarios) habrá más dificultades para la adherencia del paciente.

Las características de la enfermedad van a depender de la importancia de los síntomas de la enfermedad, si el paciente experimenta un conjunto de síntomas perturbadores y encuentra alivio en la medicación, tendrá mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que no presenta síntomas relevantes no dispone de un mayor alivio y su seguimiento de las indicaciones médicas no recibe refuerzo.

En la adherencia terapéutica Arias (2001) establece que existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente tales como las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Si se considera la adherencia como conducta, va a depender de la motivación del paciente, la vulnerabilidad, la consideración de severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. (Arias, 2001).

Los factores sociales pueden contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente con diabetes tipo II, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Algunas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica (Becker y Rosenstock 1984, Sarafino en 1990 y Spilker en 1992), algunas de ellas están

destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno social inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda. (Arias, 2001).

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios); así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales. (Arias, 2011).

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo. (Libertad, 2004).

Zaldívar (2003) menciona que la adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. Es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones. Así mismo, puede suponerse entonces que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos y motivacionales donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del

paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud. (Libertad, 2004).

Ginarte (2001) afirma que la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. (Libertad. 2004)

La adherencia depende mucho de la gravedad de la enfermedad así como a su vez si el paciente no presenta complicaciones o de la manera más subjetiva en la que percibe la enfermedad. Dentro de los cambios que se ve obligado a realizar está involucrado de manera social la carga de los especialistas de la salud en donde de aquí parte gran importancia que el paciente tome adecuadamente la dosis de medicamentos, dentro de esto la confianza y apego a los mismos. Para que un tratamiento tenga resultados satisfactorios es importante que el paciente tenga claros los objetivos a cumplir ya sea a largo o corto plazo otorgando un valor significativo a los valores internos del paciente ya que estos tienen relación estrecha con la actitud ante la enfermedad que se va a ver reflejada en la conducta que presenten día a día con los cambios de hábitos que requieren.

IV. Calidad de Vida

4.1 Definición de calidad de vida

(Ardila, 2003) refiere que no existe una definición como tal de calidad de vida pues depende los valores individuales y sociales del entorno de la persona pero en general se refieren a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida se considera que es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos compuesta de bienestar físico, mental y social y de felicidad, satisfacción y recompensa.

4.2 La calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo II

En la actualidad los estudios que se realizan midiendo la calidad de vida en los pacientes permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente.

De acuerdo con el concepto de salud de Tuesca (Molina, 2005) es un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, que toma en cuenta los valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional, dando a entender que toma parte de un conjunto de un todo para poder analizar de manera individual las partes que lo componen teniendo como resultado un concepto donde el valor se trate de ser universal y entendible. De allí viene la importancia de medir la calidad de vida.

La calidad de vida es definida por Tuesca (Molina, 2005) como un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social

y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad otorgándole así un valor importante en la calidad de vida de las personas y que al diagnosticarse con diabetes se ve afectado el equilibrio en este concepto.

La diabetes es un grave problema de salud pública que no distingue edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes en las sociedades y las personas ya que no toman en serio la enfermedad, la ignoran o no la aceptan, esto puede llevar a tener un mal cuidado y complicaciones a corto plazo y es que las personas con diabetes o que son propensas a desarrollarla no tienen la cultura de prevención ya sea porque desconozcan que se puede prevenir o no le toman la importancia necesaria y actúan ya que la enfermedad se desarrolló o cuando presentan alguna complicación. (Rodríguez & Plata, 2015).

Las personas con diabetes cuya enfermedad está mal controlada, tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones en la calidad de vida del enfermo y la de su familia.

La calidad de vida relacionada con la salud ha tenido una creciente importancia en las últimas décadas debido al incremento constante de enfermedades crónicas en las personas llevando a las instituciones de salud a generar programas de prevención, manejo y cuidados de la enfermedad. La calidad de vida ha sido denominado como una medida centrada en el paciente la cual por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud. (Rodríguez & Plata, 2015).

Vinaccia y Orozco (2005) afirman que la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad

funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. Entendida la calidad de vida como forma subjetiva ya que depende de los factores de los cuales la persona está rodeado y se verá afectado de acuerdo de la entidad donde radique la persona, etnia y cultura.

Según Rodríguez & Plata (2015) definen la enfermedad crónica como un acontecimiento único para el individuo, la familia y el cuidador familiar, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas. En las personas con diabetes se pretende que la enfermedad no afecte su vida diaria reconociendo su enfermedad y modificando su estilo de vida para un adecuado funcionamiento. (Rodríguez & Plata, 2015).

Retomando a Schwartzmann (2003) menciona que la calidad de vida es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir otorgándoles así la valoración personal de criterios propios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado la persona. (Vinaccia y Orozco en 2005)

De acuerdo con el Centro Integral del Paciente con Diabetes (2013) físicamente si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos esto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas. Esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares. (Diabetes C. d., 2013)

Emocionalmente la salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión.

Socialmente La relación con familiares y amigos (cuidadores primarios) se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.

Por ejemplo, los cambios en la alimentación y otras modificaciones en el estilo de vida del paciente pueden generar una resistencia al cambio en el resto de los integrantes de la familia y afectar su apego a tratamiento. Eventualmente, esto se atribuye a una falta de empatía y a la poca conciencia sobre la enfermedad que tiene tanto el paciente como su familia.

La calidad de vida en personas con diabetes se ve alterada de manera directa ya que implica que la persona realice cambios en todos los aspectos de su vida cotidiana, de acuerdo con el valor que la persona le otorgue será de menor o mayor impacto su afectación o por otro lado su mejora en la salud tanto física como emocional. Es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados.

Capítulo V. Estrés

5.1 Definición de Estrés

Navas (2004) considera que el estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente. Esto significa que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos, determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este. Dependiendo de la forma en que la persona piense y de los sentimientos e imágenes que tenga respecto de una situación, puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta a él. Se puede decir entonces que, el estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente. (Naranjo, 2009)

5.2 Niveles de estrés en paciente diabéticos

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo. Por otra parte, Melgosa (1995) señala que, debido a las alteraciones que el estrés provoca en la persona, se puede entender este concepto como: “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas”. Según Atkinson citado por Ortiz (2006) el estrés puede interferir en el control glucémico por la elevación de niveles de cortisol y acelerar la presencia de complicaciones que a su vez pueden volverse estresores.

Para algunas personas el hecho de saber que tienen diabetes tipo II puede generarles mucho estrés haciendo difícil el control de azúcar en sangre. Algunos autores han concluido que los factores psicológicos juegan un rol muy importante en el control glucémico y sugieren considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes. En ese sentido señala que la adaptación a las enfermedades crónicas es

un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas. (Ortiz, 2006).

Cuando el paciente está estresado los niveles de azúcar en la sangre se elevan, las hormonas como la adrenalina y el cortisol actúan en el organismo ya que una de sus principales funciones es aumentar el azúcar en la sangre para ayudar a aumentar la energía cuando más se necesita. Tanto el estrés físico como el emocional pueden llegar a elevar la producción de éstas hormonas. El estrés a largo plazo y una mala regulación de la glucosa pueden llevar a los pacientes a descuidar su enfermedad.

Las personas con diabetes tipo II deben aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad con sus recursos personales. Es probable que el autocuidado de la diabetes tipo II haga sentirse al paciente diferente a los otros miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo por lo que puede adaptarse a vivir con la enfermedad, o bien no adaptarse y sufrir estrés y complicaciones más tempranamente.

El autocuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud. (Díaz, 2007).

Así mismo de acuerdo con Díaz (2007) el éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos tipo II está determinado por los siguientes aspectos:

- a) El tratamiento y la enfermedad (complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica);
- b) Los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión y abuso de alcohol);

c) Los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y social);

d) Los factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales). Los pacientes con diabetes tipo II tienden a tener dificultades para realizar cambios en su estilo de vida y a completar las actividades de autocuidado. (Díaz, 2007).

Estas causas pueden ser multifactoriales, características como nivel educativo o aspectos de la relación médico paciente, tales como la comunicación o empatía, son esenciales para la disposición del paciente y su habilidad para completar las actividades de autocuidado. No obstante hay pacientes que están involucrados de manera activa en su autocuidado, éstos pacientes son los que pueden tener menor dificultad para llevar a cabo las actividades de autocuidado. (Díaz, 2007).

Por otro lado la respuesta al estrés puede diferir entre individuos de acuerdo a las situaciones en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada por factores estresantes. Además, el estrés lo evidencian los pacientes de distintas maneras; preocupación, enojo, ansiedad, entre otros, perjudicándolos cuando un cambio real o imaginario en su vida abruma la habilidad de la persona para afrontarlo dejándolo propenso a reacciones físicas, mentales y emocionales indeseadas. (Ortiz, 2006).

CAPITULO VI. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Investigación y descripción de variables.

Esta investigación es mixta de tipo descriptivo debido a que cada variable fue descrita de manera independiente para observar sus características individuales de acuerdo a la diabetes tipo II con la que se trabajó en sesiones grupales.

Por lo tanto las variables del estudio fueron:

a) Adherencia terapéutica: Es un conjunto de conductas que tiene el paciente para llevar o no a cabo la aceptación y responsabilidad al tratamiento y el mantenimiento del mismo que dependen de ideas, juicios personales y sociales de cada individuo.

b) Calidad de vida: La calidad de vida se refiere a una evaluación del nivel de vida basada en objetivos propios así como objetivos sociales o esperados, influyen comportamientos sociales e ideologías personales con la intención de tener una vida estable y satisfecha.

c) Estrés: El estrés es una respuesta fisiológica que manifiesta nuestro organismo ante situaciones desconocidas, difíciles de manejar o inesperadas por el paciente teniendo como resultado alteraciones en el estado de ánimo, niveles altos de glucosa o ansiedad.

6.2 Muestra

La muestra que se utilizó para la presente investigación fueron 130 pacientes con diabetes mellitus tipo II de ambos sexos que se encontraban dentro del programa DiabetIMSS y los cuales aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria e informada, en donde el rango de edad de los pacientes fue de 40 a 60 años, los pacientes son derechohabientes de la clínica de salud pública. Los participantes se presentaban de manera constante a los chequeos mensuales del programa.

Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres que tuvieran diabetes tipo II.
- Tener por lo menos 40 años y no tener más de 70 años.
- Participar de manera voluntaria.
- Se les explicó el objetivo de la investigación así como también que la información proporcionada se manejaría con total confidencialidad.

Criterios de exclusión:

- Presentar alguna neuropatía.
- No contestar por completo las escalas.

6.3 Técnicas e Instrumentos de la investigación

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación se evaluaron parámetros de importancia como es el la calidad de vida, adherencia al tratamiento y estrés utilizando los siguientes instrumentos de medición:

Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL

La primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigadores para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson, 1995). Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de “Diabetes Quality of Life”). El DQOL evalúa cuatro dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la Diabetes Mellitus y su tratamiento. Para este estudio se utilizaron solamente tres subescalas de la prueba, sin que esto modificara su confiabilidad y validez ya que cada subescala contaba con su propia confiabilidad y validez. Las subescalas que se utilizaron fueron:

- 1) Satisfacción con el tratamiento de la diabetes.
- 2) Impacto con el tratamiento.

4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales,

Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción con el tratamiento se puntúa desde “muy satisfecho” (1) hasta “muy insatisfecho” (5). La escalas de impacto y la escala de preocupación por aspectos sociales, ambas se califican desde “ningún impacto o nunca me preocupo” (1) hasta “siempre me afecta o siempre me preocupa” (5). De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significaba una buena calidad de vida (la escala puede tener valores desde 0 hasta 190 puntos en total, a menor puntuación mejor calidad de vida).

El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92. En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el DQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de calidad de vida. Además se cuenta con evidencia de validez discriminante del DQOL. Las puntuaciones de esta escala se relacionan significativamente con la severidad y número de complicaciones médicas, y con el tipo de tratamiento médico de los pacientes.

Finalmente, se ha demostrado que el DQOL es una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente.

Propiedades Psicométricas de la Escala de Estrés para Diabéticos

La escala de estrés para personas con diabetes de Polonsky creada en 2005, posee ciertas ventajas tales como haber sido desarrollada específicamente para la población diabética cuenta con 17 ítems además de la posibilidad de identificar 4 dominios relacionados: estrés emocional, estrés interpersonal, estrés con el régimen de tratamiento y estrés con el médico, así como también la obtención de un puntaje total de estrés. Cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 representa muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo con el ítem. La confiabilidad de la escala fue 0.88 (Alfa de Cronbach).

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos

Escala de Adherencia Terapéutica, basada en comportamientos explícitos, la cual contiene 21 ítems La fiabilidad final para los ítems que forman parte del instrumento fue superior a 0.883

La escala evalúa información sobre el padecimiento, el régimen terapéutico, la interacción con el médico, y la autoeficacia del paciente puesto que es importante conocer la percepción de éste en cuanto a si es o no capaz de participar en su tratamiento de manera que logre controlar su padecimiento.

La información se obtuvo de escalas aplicadas a 130 pacientes de ambos sexos pertenecientes al programa de DiabetIMSS de una institución pública de salud de Cuernavaca Morelos. La aplicación se realizó durante Mayo- Agosto de 2017.

6.4 Procedimiento

La realización de éste trabajo se llevó a cabo en una Institución de Salud Pública en la ciudad de Cuernavaca Morelos dentro de un programa llamado DiabetIMSS, para la cual se utilizaron tres escalas; una escala que medía la adherencia terapéutica al tratamiento, una escala de estrés para pacientes con diabetes tipo II y una escala que mide la calidad de vida. Dichas escalas fueron aplicadas a 130 pacientes derechohabientes de la institución con diabetes tipo II mayores de 40 años dentro del módulo de DiabetIMSS. Se solicitó permiso a la doctora y enfermera que se encontraban de base en el módulo matutino de ésta Institución de salud pública ya que los pacientes cuentan con un control de grupo donde asisten una vez al mes donde acuden a su revisión mensual y a una de las 12 pláticas que corresponden de acuerdo al grupo en el que se encuentran.

Las tres pruebas fueron aplicadas en una sesión a 17 grupos los cuales conformaban la mayoría del programa. La aplicación fue de lunes a viernes durante

25 días; algunos grupos fueron durante la primera sesión del día que fue a las 8:00am y otros grupos fueron aplicados a las 11:00 am que conforma la segunda sesión diaria del programa. Las escalas eran aplicadas a la llegada de los pacientes al módulo, mientras esperaban su turno para pasar a su consulta rutinaria mensual, se tenía contemplado un máximo de una hora para finalizar las escalas ya que al término total del grupo se iniciaba la plática acorde al tema de la sesión en la que iba el grupo. En su mayoría los pacientes terminaban las tres escalas en 45 minutos. Al inicio de la aplicación se les comentaba que la finalidad de la aplicación era para conocer la eficacia del programa así como saber de qué manera se estaban acoplado a la enfermedad, se les pidió que contestaran de la manera más sinceramente posible a las preguntas, así como también se enfatizó que los resultados serían confidenciales. Se les repartió las escalas con un orden igual para todos y se les dio una breve instrucción de como marcar las respuestas así como que externaran alguna duda y con gusto se les resolvería. Con forme iban terminando se les recolectaba sus escalas y se revisaban para corroborar que estuvieran todas las preguntas con una respuesta marcada, si no era el caso se le pedía que por favor contestara la pregunta faltante. Al finalizar se les agradeció su participación y apoyo. Se pudo observar que hubo una disposición positiva de los pacientes para aplicar las escalas y todas las dudas fueron resueltas.

VII. RESULTADOS

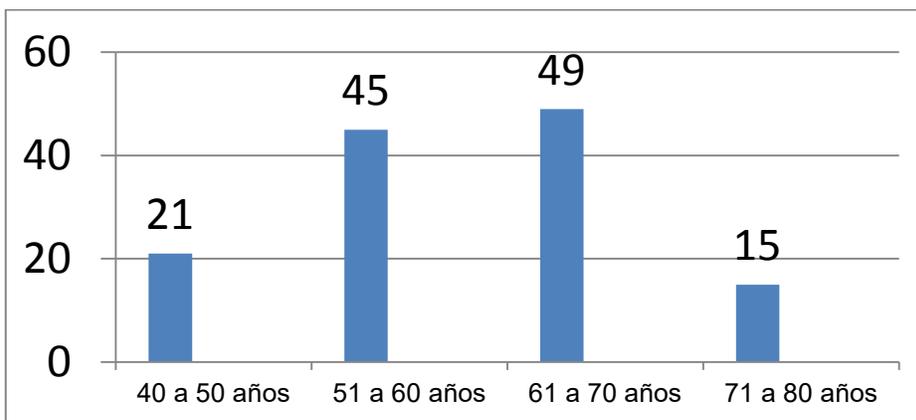
7.1 Datos demográficos de la muestra

La muestra de estudio estuvo compuesta de 130 pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron a una institución pública de salud dentro de su programa llamado DiabetIMSS de los cuales en promedio tenían una edad de 59.8 años con una desviación estándar de 8.0 .

21 pacientes tenían entre 40 y 50 años, 45 pacientes entre 51 y 60 años, 49 pacientes oscilaban entre los 61 y 70 años y tan sólo 15 pacientes tenían entre 71 y 80 años.

Gráfica 1. Edad

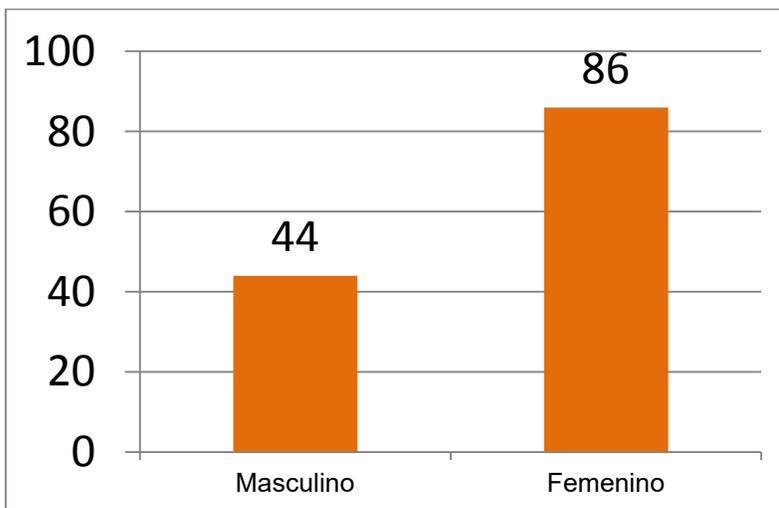
40 a 50 años	51 a 60 años	61 a 70 años	71 a 80 años
21	45	49	15



Gráfica 2. Género

El 66.2% fueron mujeres y 33.8% pertenecen al género masculino. De los cuales 44 eran hombres y 86 eran mujeres.

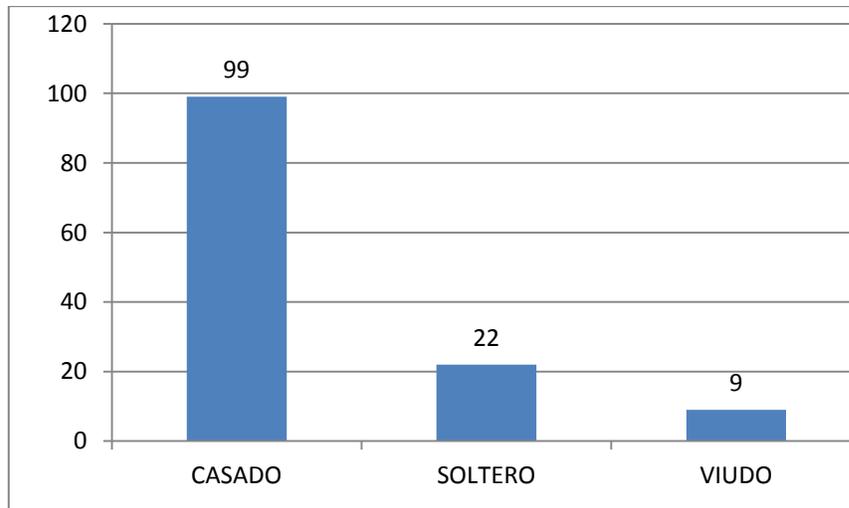
Masculino	Femenino
44	86



Gráfica 3. Estado civil

En cuanto al estado civil el 76.2% son casados y solo el 14.6% son solteros de los cuales 99 son casados, 22 solteros y sólo 9 son viudos.

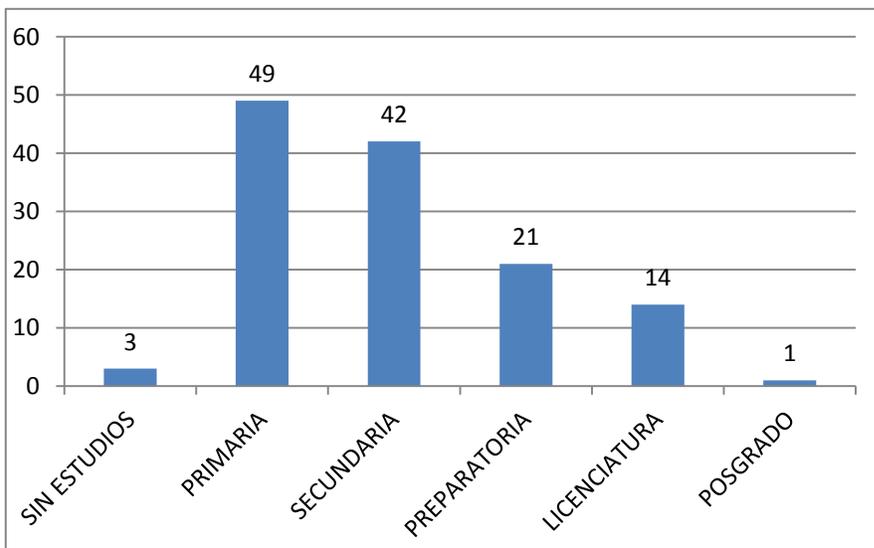
CASADO	SOLTERO	VIUDO
99	22	9



Gráfica 4. Escolaridad

La muestra estuvo conformada por 130 pacientes, el 37.7% cuenta con primaria concluida mientras que el 10.8% cuenta con una licenciatura, significa que 3 de ellos no contaban con ningún tipo de educación, 49 sólo estudiaron la primaria, 42 terminaron la secundaria, 21 cuentan con preparatoria concluida, 14 realizaron una licenciatura y sólo 1 de ellos cuenta con posgrado.

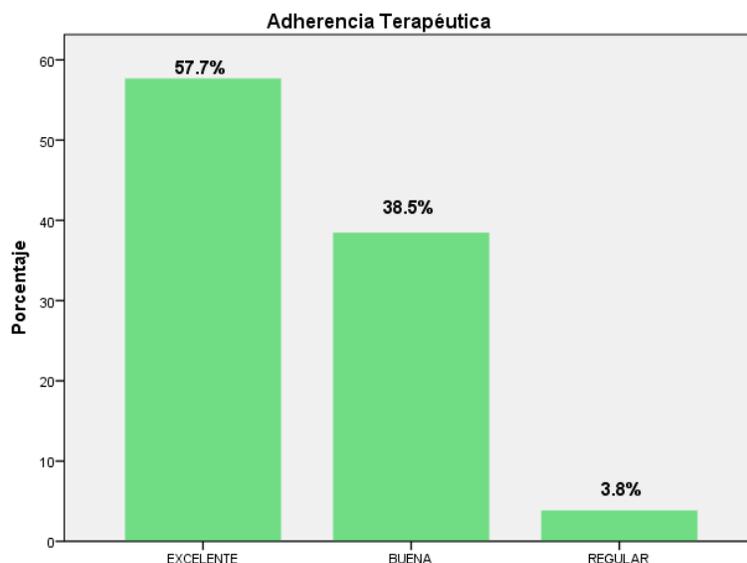
SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	POSGRADO
3	49	42	21	14	1



7.2 Análisis de Adherencia Terapéutica

Con respecto a la adherencia terapéutica, la cual evalúa el apego que los pacientes asumen ante el tratamiento de la diabetes, como el control sobre la ingesta de alimentos y medicamentos, el seguimiento médico y la autoeficacia que tiene el paciente hacia la enfermedad, se pudo observar que el promedio total obtenido de la escala de adherencia terapéutica fue de 83.93 y la desviación estándar de 11.93. La cual indica que los sujetos se encuentran en una calidad de vida excelente. Como se puede observar en a gráfica 3, dentro de los resultados se obtuvo que el 57.7% de los pacientes consideran como excelente su adherencia al tratamiento cumpliendo con los objetivos que evalúa la escala, el 38.5% de los pacientes considera su adherencia terapéutica buena, mientras que el 3.8% considera sus logros de manera regular que tiene ante la adherencia a la diabetes tipo II.

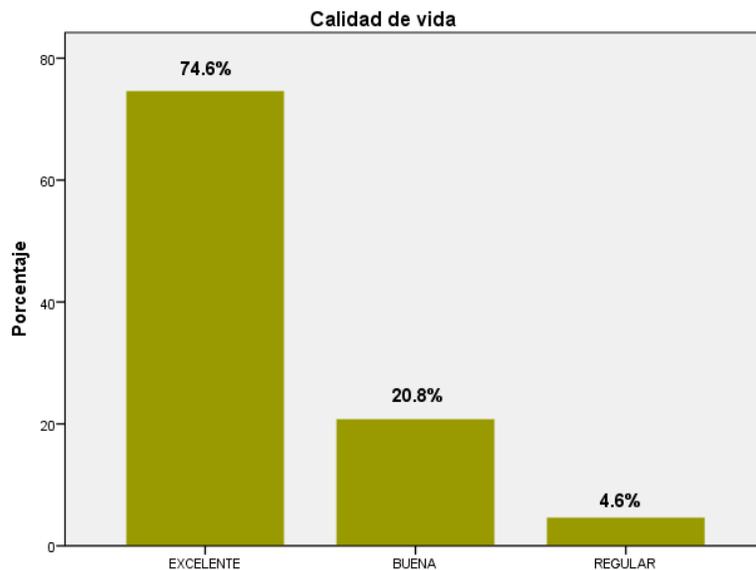
Gráfica 3 Adherencia Terapéutica



7.3 Calidad de vida

El promedio obtenido de la escala total de calidad de vida fue de 70.40 y la desviación estándar de 19.20 obteniendo una calidad de vida Buena. De acuerdo con la siguiente gráfica (gráfica 4) se observa que el 74.6% de los pacientes cuentan con una calidad de vida excelente, de manera que indica que se encuentran satisfechos con el tratamiento, dando como resultado una baja puntuación obteniendo una buena calidad de vida; se preocupan acerca de los efectos futuros y del impacto que llegara a tener la enfermedad así como su bienestar general. El 20.8% de los pacientes consideran que su calidad de vida es buena, mientras que el 4.6% es regular, es decir, que los pacientes consideran que su calidad de vida ha sido afectada por el padecimiento de la enfermedad.

Gráfica 4 Calidad de vida

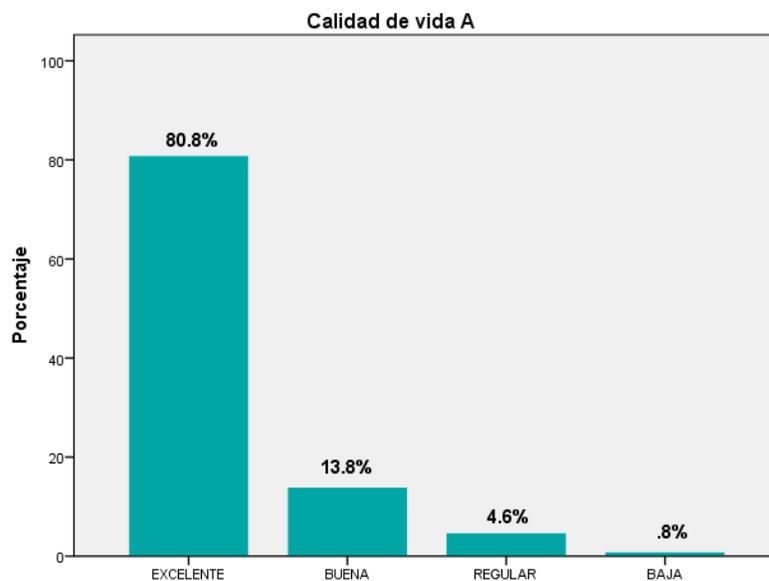


A continuación se describen los resultados de cada subescala de al escala de calidad de vida:

A)Subescala: Satisfacción con el tratamiento.

La siguiente gráfica muestra la subescala de calidad de vida llamada: “satisfacción con el tratamiento”. El promedio obtenido para esta subescala fue de 24.06, con una desviación estándar de 9.41, lo cual indica que se encuentran en el rango excelente. Como se puede observar en la siguiente gráfica (gráfica 5) el 80.8% de los pacientes manifestaron que se encuentran en el rango de excelente, dando como resultado una satisfacción óptima significando un rango bajo de ansiedad con el tratamiento generándoles una mayor calidad de vida. El 13.8% consideran su satisfacción al tratamiento buena, mientras que el 4.6% regular y tan solo el .8% su satisfacción con el tratamiento es baja es decir, que estos pacientes no han podido adaptarse ante el tratamiento médico.

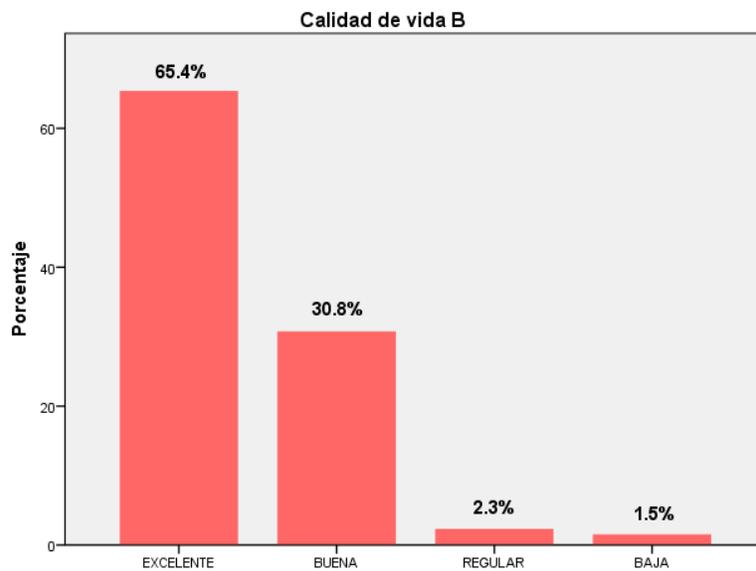
Gráfica 5 Satisfacción con el tratamiento.



B) Subescala: Impacto con el tratamiento

Los resultados en la subescala de calidad de vida en impacto con el tratamiento, se pueden observar en la gráfica número 6; esta escala evalúa de qué manera han manejado la enfermedad en su vida diaria. El promedio obtenido fue de 39.33 y la desviación estándar de 11.15 lo que indica estar en promedio ubicado dentro del rango bueno. El 65.4% de los pacientes indican en cuanto a la escala que no han tenido algún impacto en cuanto a su calidad de vida, mientras que el 1.5% de los pacientes consideran que ha habido un impacto en su tratamiento de la enfermedad.

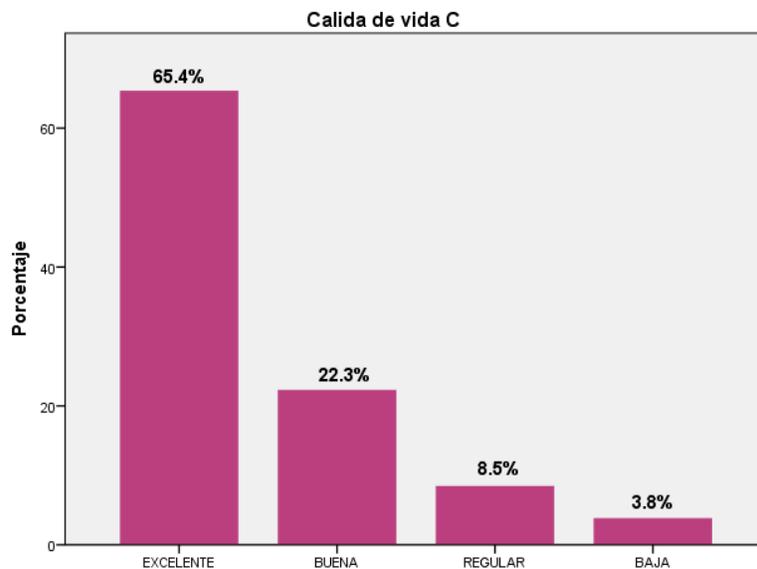
Gráfica 6: Impacto con el tratamiento



C) Subescala: Preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales

La gráfica 7 corresponde a la calidad de vida en la cual se evalúa preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales. El promedio es de 7.73 y la desviación estándar de 3.63, es decir en general se encuentra ubicado dentro del rango excelente. El 65.4% de los pacientes se ubica en el rango de excelente dando como resultado baja preocupación ante aspectos sociales así como ante su vocación. Mientras que solo el 3.8% considera que se si se preocupa por aspectos sociales y de vocación llevándolos a tener una baja calidad de vida ante esto.

Gráfica 7: Preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales

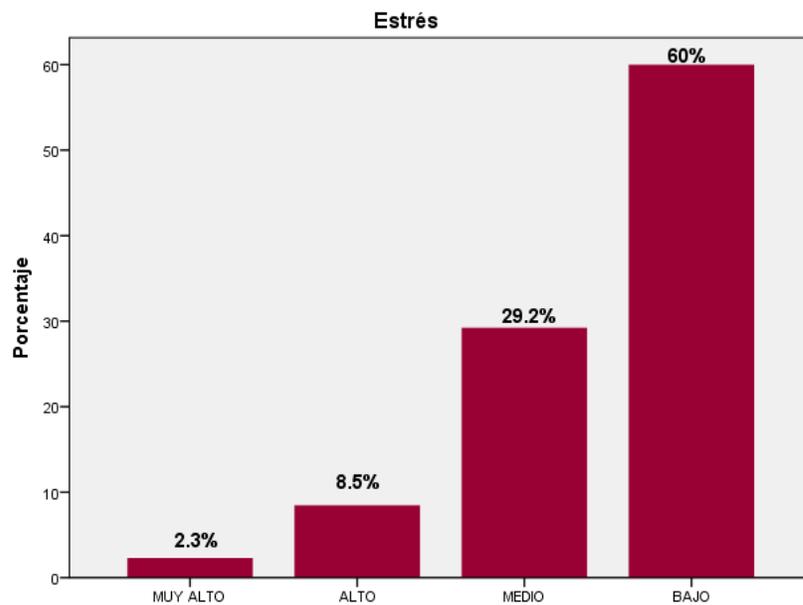


7.4 Estrés

La escala de estrés evaluó cuatro aspectos relacionados que son el estrés emocional, estrés interpersonal, estrés con el régimen de tratamiento y estrés médico, así como también la obtención de un puntaje total de estrés.

A continuación se muestra la gráfica 8 correspondiente al estrés obteniendo un promedio de 70.40 que se ubica en un rango de estrés bajo y una desviación estándar de 9.47. Dentro del rango de muy alto estrés se considera el 2.3% de los pacientes y dentro del rango alto se ubica tan solo el 8.5% otorgando así un estrés bajo ante la finalidad de la escala, mientras el 60% de los pacientes que consideran su nivel de estrés bajo.

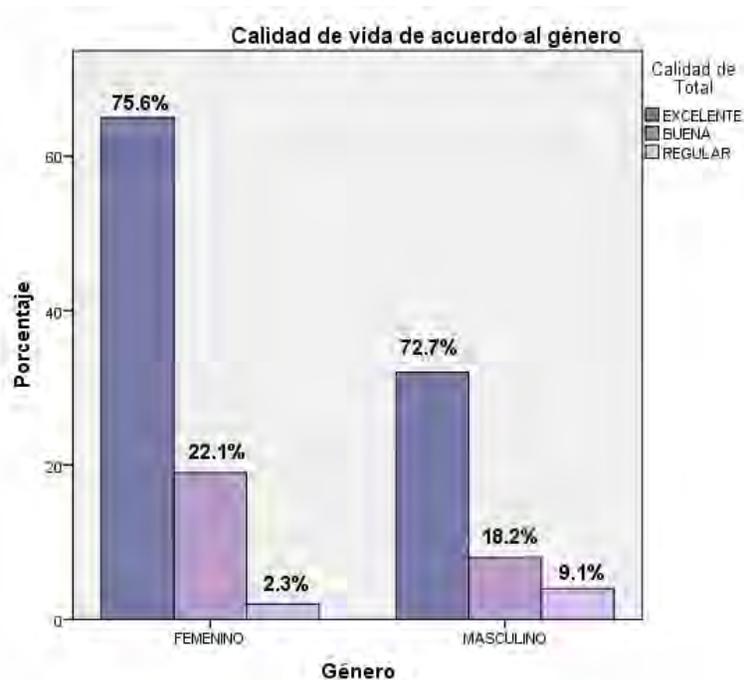
Gráfica 8: Estrés



7.5 Calidad de vida en los pacientes diabéticos tipo II con respecto al género

Dentro de este rango se quiso saber si hay una relación entre la calidad de vida con respecto al género de los pacientes. En los resultados obtenidos se puede observar que no hay diferencia entre la calidad de vida de acuerdo al género, conformando el 75.6% de los pacientes femeninos y el 72.7% de los pacientes masculinos ubicándolos de acuerdo a la escala dentro del rango de calidad de vida excelente.

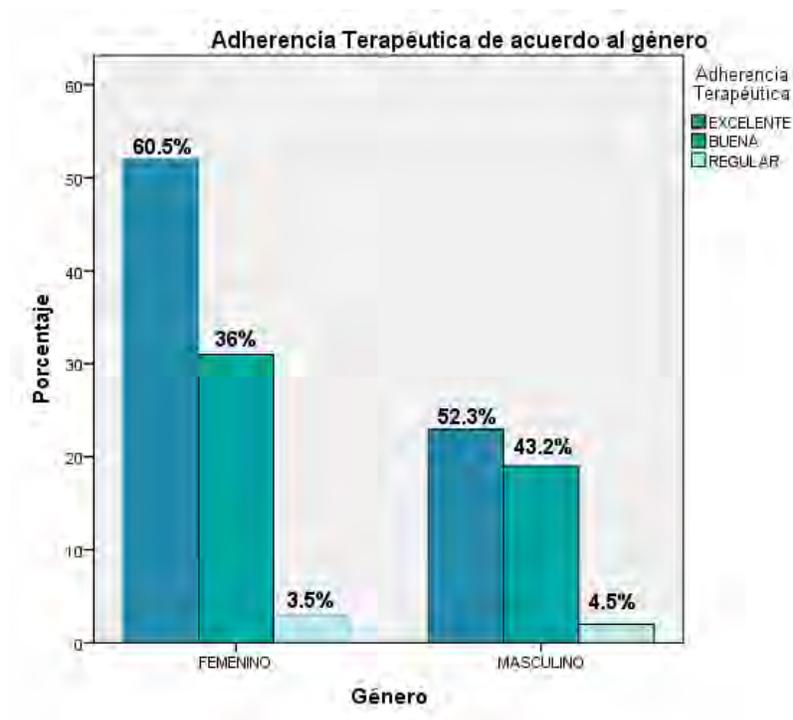
Gráfica 9: Calidad de vida en los pacientes diabéticos tipo II con respecto al género



7.6 La adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género

De acuerdo con los resultados obtenidos dentro de este rango se evaluó la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género. El 60.5% de las mujeres y el 52.3% de los hombres manejan una adherencia terapéutica excelente y tan solo el 3.5% de las mujeres y el 4.5% de los hombres manejan un nivel regular de adherencia terapéutica.

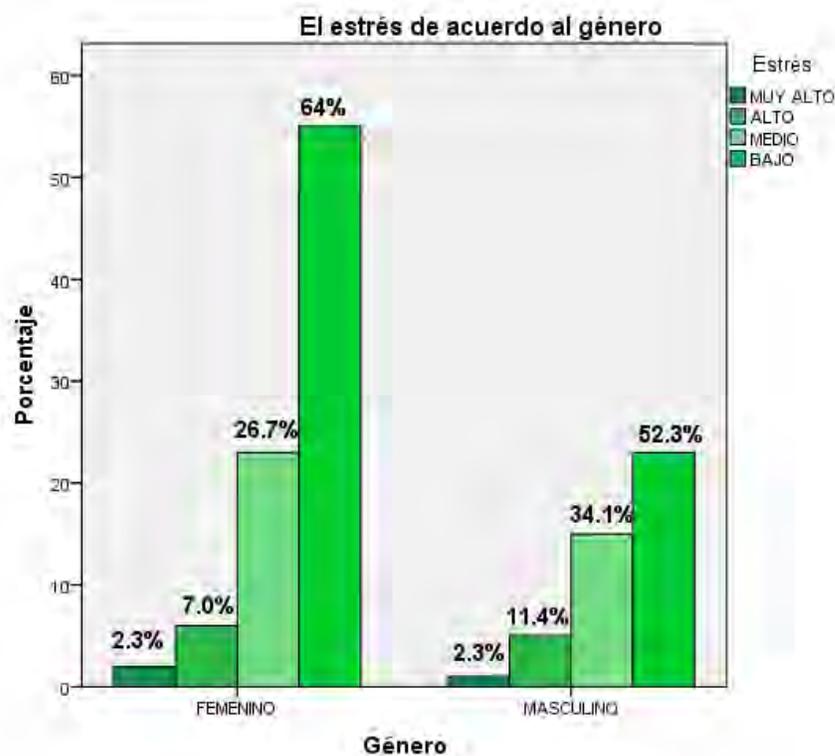
Gráfica 10 La adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género



7.7 El estrés en pacientes con diabetes tipo II respecto al género

Dentro de este rango se quiso evaluar la relación que existe entre el estrés con respecto al género encontrando como resultado para ambos sexos que solo el 2.3% tanto de mujeres como los hombres consideran su estrés muy alto, el 26.7% de las mujeres maneja niveles de estrés medios y el 52.3% de los hombres su nivel de estrés es bajo.

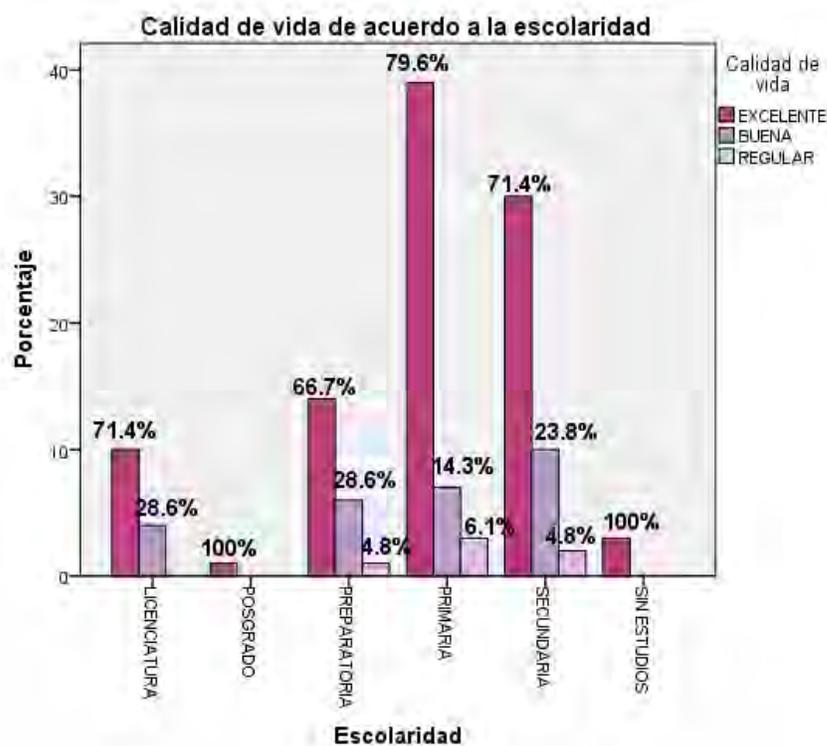
Grafica 11 estrés en pacientes con diabetes tipo II con respecto al género.



7.8 La calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo II con respecto al nivel educativo

Se encontró que los pacientes que no cuentan con estudios arrojaron el 100% de satisfacción con su calidad de vida, dentro del nivel de primaria, el 79.6% e ubican en el rango excelente, los pacientes que cuentan con nivel secundaria el 71.4% cuentan con una calidad de vida excelente, el 28.6% de nivel preparatoria considera su calidad de vida buena, el 71.4% de pacientes que cuentan con estudios de licenciatura la consideran excelente así como el paciente con posgrado.

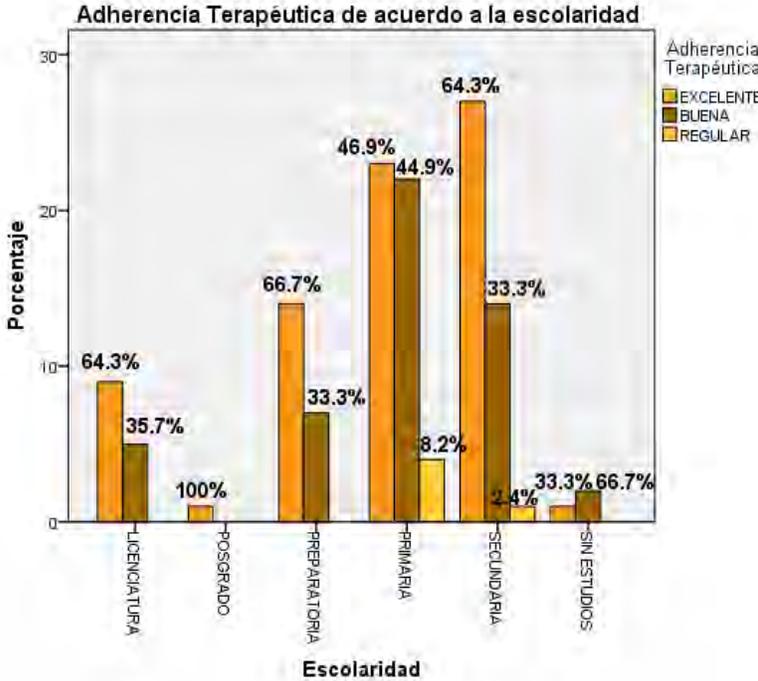
Gráfica 12 Calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II con respecto al nivel educativo



7.9 La adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II con respecto al nivel educativo

Dentro de este rango se evaluó la adherencia terapéutica con respecto al nivel educativo encontrando que en todos los rangos educativos existe una adherencia terapéutica excelente en general. Sin estudios el 66.7% de los pacientes cuenta con una adherencia buena, el 46.9% de los pacientes con primaria su adherencia es excelente, a nivel secundaria el 64.3% cuenta con adherencia excelente, el 66.7% de preparatoria cuentan con una adherencia excelente, a nivel licenciatura el 64.3% cuentan con una adherencia excelente y de igual manera a nivel posgrado.

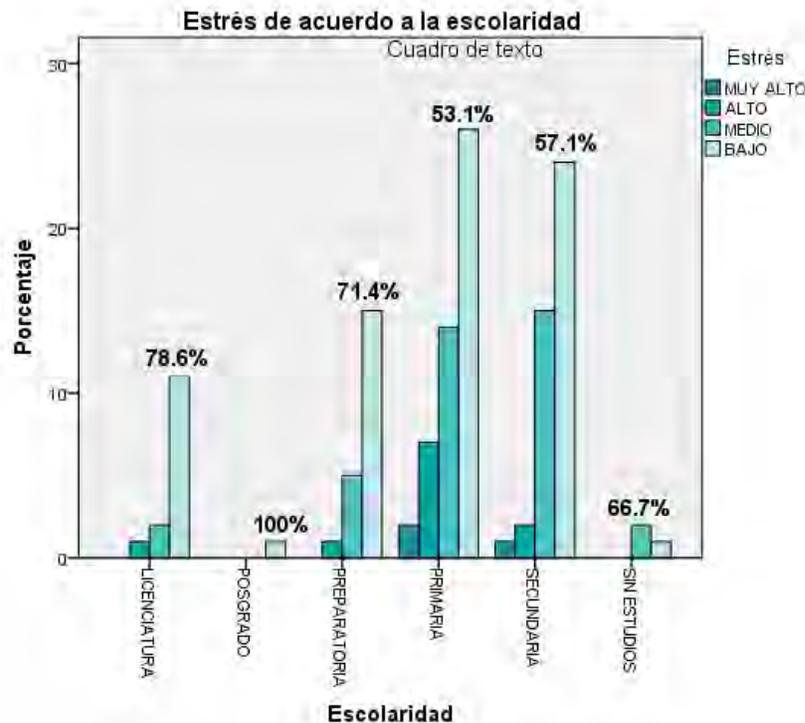
Gráfica 13 Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II con respecto a la escolaridad



7.10 El estrés con respecto al nivel educativo

De acuerdo con los resultados obtenidos dentro de este rango que evaluó el estrés en pacientes con diabetes tipo II ante el nivel educativo que cuentan. Los pacientes que no cuentan con estudios arrojaron que el 66.7% de ellos manejan niveles altos de estrés, dentro del nivel de primaria, el 53.1% indicaron tener un rango de estrés bajo, pacientes que cuentan con nivel secundaria el 57.1% manejan niveles de estrés bajos, el 71.4% de pacientes que cuentan con estudios de secundaria se ubican en el rango de estrés bajo mientras que el 78.6% de los pacientes que cuentan con licenciatura se ubica en el rango bajo así como el paciente con posgrado.

Estrés en pacientes con diabetes tipo II de acuerdo a la escolaridad



DISCUSION Y CONCLUSION

La falta de adherencia terapéutica al tratamiento es una situación que puede manifestarse en pacientes con diabetes tipo II debido a las creencias subjetivas que pueda poseer, inadecuados hábitos alimenticios así como altos niveles de estrés y una vida sin actividad física incrementando las posibilidades de padecer un evento cardiovascular o una neuropatía en corto o mediano plazo debido a los altos niveles de azúcar en sangre. Esto tiene como consecuencia significativa una baja calidad de vida ya sea por desconocimientos de cuidados para tratar la enfermedad, falta de recursos económicos o la negación a la enfermedad son factores para desencadenar complicaciones orgánicas y dentro del plano emocional puede generar estrés en las pacientes aunado a como es percibida la enfermedad de la diabetes a nivel social. Para poder realizar la modificación tanto de hábitos de alimentación así como introducir el ejercicio a la vida cotidiana y la ingesta adecuada de medicamentos es necesario que el paciente cuente con una motivación para poder realizarlo así como la voluntad de obtener una mejor calidad de vida mejorando su adherencia al tratamiento, esto reduciría los niveles de estrés causados por padecer la enfermedad o eventos externos.

La motivación que resaltó en los pacientes que integraron este estudio fue percibida al menos por la mitad de los grupos, cuando un grupo terminaba las sesiones informativas del programa DiabetIMSS se sentían tristes por la conclusión del programa, así como algunos pocos deseaban tomar algunas sesiones más.

Durante la estancia en el programa de DiabetIMSS la atención que recibían de la enfermera y la doctora del módulo son de un trato digno quizá sea un factor importante que influye en los pacientes haciéndolos sentir acogidos y fortaleciendo la adherencia en el tratamiento. La buena percepción que tienen los pacientes sobre el personal médico puede aprovecharse como reforzamiento para la permanencia de los pacientes en el módulo así como beneficia la adherencia al mismo.

De acuerdo con los datos obtenidos los pacientes cuentan con una excelente calidad de vida ya sea porque la mayoría manifestó que ha tenido que realizar modificaciones a su estilo de vida, algunos agregando poco a poco ejercicio, otros pacientes modificando las raciones de comida así como adhiriendo una alimentación más balanceada y por otro lado modificando ciertos hábitos que les generaban estrés con técnicas dadas en el programa para la solución de problemas y manejo de estrés. Se observó también que el hecho de poder compartir experiencias sobre la diabetes ayuda a los pacientes a identificarse y no sentirse aislados pues se crea empatía en los grupos compartiendo entre ellos lo que sienten y viven.

Otro factor que se encontró es que un porcentaje considerable se dedicaba a labores del hogar siendo que algunos pacientes eran jubilados o pensionados mientras que algunos otros seguían activos en la vida laboral. La actitud de la mayoría de los grupos era participativa durante los temas haciéndoles ser empáticos con la enfermedad ayudando a la aceptación de la misma y así reforzando su calidad de vida ya que con la modificación de hábitos algunos pacientes expresaban su inconformidad hacia la enfermedad pero durante las sesiones aprendía sobre ella y les ayudaba a aceptarlas dando como resultado que sus niveles de glucosa bajaban así como la dosis de medicación que recibían, algunos pacientes expresaron que si tenían un evento estresante durante el mes su nivel de y estrés subía afectando un poco la adherencia así como alguna festividad o celebración. Algunos pacientes admitieron que nunca han realizado o no realizan actividad física, pero en general tratan de caminar como principal actividad física.

La mayoría de los pacientes consideran que es importante la ingesta de medicamentos a la hora indicada y conocen los riesgos que conlleva no hacerlo adecuadamente sin embargo, una minoría indicó una inadecuada adherencia a su tratamiento debido a olvidos de toma de medicamento. En cuanto a la alimentación la mayoría de los pacientes considera que llevar una alimentación adecuada es indispensable para su tratamiento, reconocen que han tenido que modificar la alimentación no solo en ellos sin también en su entorno familiar viéndolo como un beneficio a corto y largo plazo para ambos permitiéndoles retrasar las consecuencias

de la enfermedad, existen condiciones que no les permite llevar adecuadamente su dieta, por ejemplo la jornada laboral es percibida como un factor influyente que perjudica su alimentación ya que no llevan un horario para poder llevar adecuadamente las raciones que se necesitan. Otro factor es el económico, algunos pacientes refirieron no contar con dinero suficiente para cumplir con el régimen necesario para su adecuado tratamiento.

Se encontró que existe una excelente adherencia terapéutica que abarca el 57% de la muestra significando que este porcentaje de los pacientes cumplen adecuadamente las indicaciones médicas como son realizarse chequeos en los periodos requeridos, llevan un control de la toma de medicinas, atienden las recomendaciones del médico y en general están al pendiente de su salud además de que, en su gran mayoría expresaron la satisfacción del programa y la atención recibida por parte del personal del módulo pudiendo ser variables que influyen a su adecuada adherencia.

El paciente que vive con diabetes, sus familiares y personal médico juegan un papel activo y responsable fomentando el autocuidado de tal manera que se logra identificar las ventajas y desventajas de conductas saludables en los pacientes percibiendo el beneficio en la salud y aumentando la calidad de vida.

La calidad de vida que se evaluó en los pacientes se encontró que el 74.6% cuentan con una calidad de vida excelente indicando que se encuentran satisfechos con su tratamiento preocupándose por su bienestar y las complicaciones que pudieran presentar a causa de la enfermedad. Tan solo el 4.6% cuenta con una calidad de vida regular obteniendo que aún falta por realizar a estos pacientes algún cambio en su estilo de vida ya que consideran que su calidad de vida ha sido afectada por la enfermedad. De acuerdo con Delgado (2009) menciona que los pacientes con diabetes tipo II cuentan con una baja calidad de vida, en este trabajo se demuestra que bajo un adecuado control médico se crea una adecuada adherencia al tratamiento dando como resultado que la calidad de vida sea favorable y los porcentajes que cuentan con una calidad de vida baja sean mínimos, dentro del programa de salud en donde se realizó la investigación los pacientes aprenden

sobre la enfermedad ayudándoles a modificar hábitos, funcionando como un reforzador positivo el programa.

Dentro de la calidad de vida se evaluó la satisfacción con el tratamiento, siendo el 80.8% de los pacientes se encuentran en un rango de excelencia, el 13.8% consideran bueno su satisfacción con el tratamiento y tan sólo el .8% su satisfacción con el tratamiento es baja, teniendo como resultado que este porcentaje de pacientes no han podido adaptarse a su tratamiento médico. No se encontraron datos significativos dentro de este apartado ya que los pacientes se sintieron a gusto dentro del programa de DiabetIMSS pudiendo influir en su resultado.

Dentro de la escala de calidad de vida se encontró que el 64% de los pacientes no han tenido un impacto significativo en su calidad de vida mientras que el 1.5% considera que si lo ha tenido. Este porcentaje podría tener relación con el aprendizaje que tengan sobre la enfermedad así como las ideas que puedan tener sobre su tratamiento y las consecuencias que pudieran presentar.

Dentro de la calidad de vida se evaluaron preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales en donde se obtuvo que el 64% de los pacientes se encuentran dentro del rango de excelente significando baja preocupación ante aspectos sociales y de vocación, sólo el 3.8% considera preocupación llevándolos a tener una baja calidad de vida.

Al evaluar el estrés en los pacientes se encontró que el 60% consideran que cuentan con niveles bajos de estrés, mientras que el 8.5% considera que manejan un estrés alto y tan solo el 2.3% cuentan con estrés muy alto. Con estos resultados se puede entender que el programa de DiabetIMSS es de beneficio para los pacientes ya que el sentirse perteneciente a un grupo de personas con algo en común puede ayudar a manejar mejor los niveles de estrés así como la atención que tienen hacia la enfermedad y las técnicas que ofertan dentro del programa para el cuidado y manejo de la diabetes. Así mismo la dinámica con la que cuenta el programa hace que la estancia sea agradable además de que se genera un beneficio a mediano y largo

plazo en los pacientes y no solo para ellos sino que también los cambios de hábitos se ven dentro del núcleo familiar de cada paciente evitando así complicaciones a segundos o el retraso de la aparición de la enfermedad generándoles una mayor calidad de vida y reduciendo en riesgo a largo plazo en la familia.

Se quiso saber en esta investigación si existía relación entre la calidad de vida respecto al género y se encontró que no existe colocando a los dos géneros dentro del rango de excelente. Así mismo se evaluó la calidad de vida con respecto al género encontrando que ambos géneros se ubican en el rango de excelente no encontrando datos significativos. Se evaluó el estrés con el género encontrando niveles bajos de estrés en los dos géneros.

De acuerdo con la calidad de vida se quiso evaluar la relación con el nivel educativo encontrando que en todos los rangos de nivel educativo se encuentran en excelente calidad de vida. La adherencia terapéutica se investigó su relación con el nivel educativo de los pacientes teniendo como resultado una adherencia de calidad excelente y como resultado no encontrando datos significativos. El estrés de acuerdo a la escolaridad se encontró que los pacientes cuentan con niveles de estrés bajos no encontrando datos significativos.

El utilizar programas de salud beneficia a los pacientes otorgándoles educación sobre la enfermedad, motivando y reforzando los adecuados hábitos alimenticios y como se demostró en este estudio los resultados son favorables trabajando en conjunto médico- paciente así como los demás departamentos de medicina involucrados logrando una excelente adherencia al tratamiento y que además de ahí se logra una excelente calidad de vida ya que si la adherencia es favorable la calidad de vida aumenta.

Los pacientes con diabetes tipo II es importante que cuenten con una adecuada atención médica o si es posible que se integren a algún programa donde se les ofrezca educación sobre la enfermedad y un adecuado control tanto metabólico como de alimentación sin olvidar el manejo de las emociones en donde los niveles de estrés puedan ser bajos en ellos. Es importante mencionar la participación de los psicólogos dentro de estos programas para ofrecerles educación para el manejo

adecuado de las emociones proponiendo técnicas de autocontrol, autocuidado, manejo de estrés, resolución de problemas, manejo de la enfermedad dentro del círculo familiar y social, acompañamiento terapéutico durante el proceso de aceptación de la enfermedad, así como ayudar al proceso de duelo que se llegase a presentar a causa de la enfermedad sugiriendo terapia individual. Así como también se considera destacar la función de los psicólogos en la parte de prevención de la enfermedad y sus complicaciones generando en los pacientes hábitos saludables con la finalidad de que su calidad de vida mejore así una educación mental donde los pacientes puedan manejar el estrés evitando los niveles altos o bajos de nivel de azúcar en la sangre.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación el programa DiabetIMSS cumple el objetivo en el tratamiento de la diabetes tipo II fortaleciendo a los pacientes pudiendo ayudar a mejorar la calidad de vida donde aumenta la sensación de bienestar en los pacientes, ofreciendo alternativas para el seguir con el tratamiento y prevenir las complicaciones de la enfermedad; al menos este módulo de DiabetIMSS de esta clínica cumple con los objetivos establecidos.

Sugerencias y Recomendaciones

La psicología asume un papel importante dentro del proceso de la aceptación a la enfermedad de la diabetes pues el hecho de saber que a partir de ese momento tendrán que realizarse cambios de hábitos para una mejor calidad de vida los pacientes que son diagnosticados comienzan un duelo hacia la pérdida de su salud, es aquí donde el psicólogo es de gran apoyo como una guía de acción e intervención con el paciente en donde durante sesiones grupales o individuales pueda dotar al paciente de prácticas en donde se le enseñe a modificar hábitos que no son saludables y sobre todo la prevención de la enfermedad dentro de su círculo familiar y social puesto que puede o no que detonen en alguna parte de su vida la diabetes ya cuentan con una carga genética en el caso de ser familiares.

Es importante que el paciente esté dispuesto a aceptar la enfermedad, que no es curable pero que con cuidados específicos y necesarios modificando su estilo de vida puede vivir con diabetes tipo II de manera saludable alargando su vida con una mejor calidad de vida en donde ésta se vea nutrida de cambios positivos no solo para él sino también que actúen como prevención en su familia pues realizar ejercicio, modificar la alimentación de manera saludable y trabajar sus emociones actúan como factores indispensables para que la adherencia a su tratamiento funcione de manera óptima.

Establecer un plan donde de acuerdo a las posibilidades físicas y económicas del paciente, de su historia de vida y relación con el medio se puedan generar técnicas de acciones directas o indirectas, de prevención y riesgo que le lleven a realizar y concluir metas específicas a corto, mediano y largo plazo. Para lograr una adherencia al tratamiento es indispensable que el paciente pueda cumplir las metas trabajando en su vida cotidiana en ellas, así como también es elemental tener técnicas para las recaídas y caídas que pudiera tener como por ejemplo alguna tristeza profunda a causa de alguna pérdida o problema, comer en ocasiones alimentos prohibidos en exceso de cantidad, o haber dejado de realizar alguna actividad física.

El psicólogo debe apoyar al paciente a encontrar motivaciones en él para que los cambios necesarios no sean de manera forzada, el proceso debe ser de manera no tan apresurada pues el paciente puede no aceptarlo o abandonarlo llevándolo a presentar alguna complicación de la enfermedad a corto plazo. La motivación debe funcionar en el paciente de manera que a través de la voluntad pueda hacer cambios de conductas no saludables y crear en él de manera consciente que lo que está realizando es por una ganancia de salud a largo plazo donde su bienestar y estado de ánimo se verán compensados además de que si mantiene así los hábitos saludables el organismo se acostumbrará a los nuevos hábitos.

La labor del psicólogo no solo es trabajar con el paciente diabético en un plan de acción hacia la enfermedad, sino también actuar de manera preventiva proporcionándole información sobre cómo prevenirla en su familia y quienes lo

rodean, el psicólogo debe instruir en el auto cuidado del paciente de manera eficaz. Se necesita realizar más difusión sobre estilos de vida saludables dirigidos a personas con diabetes tipo II puesto que siguen en la sociedad mitos acerca de la enfermedad donde muchos pacientes los siguen creyendo y no hacen cambios por su salud.

Crear grupos de autoayuda exclusivos de la prevención y acción hacia la enfermedad de la diabetes tipo II donde los pacientes puedan ir acompañados de familiares para que la educación de la misma sea dirigida y aprendida por ellos además de que durante el proceso el paciente se sienta acompañado y sepa que no es el único que tiene la enfermedad y pueda apoyarse de sus seres queridos como familiares o amigos debido a que ésta enfermedad es una realidad que viven con ella millones de personas en nuestro país y desafortunadamente las cifras aumentan cada año teniendo datos alarmantes para los próximos años.

Se puede observar que grupos dirigidos a la enfermedad de la diabetes tipo II son funcionales para quien la padece, un aporte para la psicología es que se puede realizar grandes cambios partiendo desde grupos pequeños porque entre ellos mismos se acompañan en el proceso de aceptación y modificación de hábitos creando redes de apoyo, trabajar con personas diabéticas tipo II se aprende a disfrutar de la salud que se tiene, hábitos saludables y sobre todo a hablar sobre cómo se sienten con la enfermedad y durante el proceso, las recaídas y posibles caídas pero sobre todo a siempre encontrar una motivación para regresar a las conductas saludables porque el daño o bienestar es para el paciente mismo, quien vive con la enfermedad, aprende a sentirla, tolerarla y aceptarla es él algo que no es fácil pero en la mayoría de las ocasiones se logra un aprendizaje que ponen en práctica a lo largo de su vida.

Cambiar el estilo de vida para las personas con esta enfermedad representa un reto pues es enfrentarse a algo desconocido, llevan practicando por años o durante toda su vida hábitos no saludables que no les permite aceptar fácilmente el cambio tanto habituarse a algo novedoso les resulta problemático, este es uno de los retos para

los psicólogos; tratar de que los pacientes acepten y concienticen que la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa y que los acompañará por el resto de su vida.

Para los pacientes que no logren adherirse al tratamiento se recomienda informar sobre los posibles riesgos y complicaciones de la enfermedad, tomarse un tiempo para encontrar una motivación que los haga sentirse cómodos partiendo así que tenga la voluntad de realizar cambios en su vida pudiendo quizás empezar a modificar su régimen de alimentación poco a poco, realizar cambios lentos de hábitos y solucionar problemas que tengan que ver con la autoestima ya que depende mucho de cómo se sientan ellos mismos para poder realizar modificaciones de la conducta, porque las emociones que expresa el paciente a causa del entorno son de suma importancia, cualquier situación que se le presente le puede causar por ejemplo angustia, ansiedad o tristeza etc., y ocasionar un efecto perjudicial en su organismo teniendo como resultado una alta o baja de glucosa. Es importante que el paciente identifique las situaciones que lo alteran para que se pueda trabajar en eso.

Si el paciente acepta trabajar, se recomienda terapia cognitivo conductual, si fuera posible con la colaboración del médico, familiares y amigos sirviendo como red de apoyo para el paciente guiado por un tratamiento específico y exclusivo para él de acuerdo a sus necesidades así como la inclusión de terapia grupal donde tenga apoyo de personas con la misma enfermedad siempre y cuando el paciente esté de acuerdo.

El tratamiento tendría tres componentes, a nivel fisiológico en donde se trabajaría la enfermedad y las sensaciones que se tienen a causa de ella, tratando de reducir el nivel de ansiedad y generar bienestar a través de técnicas de relajación.

A nivel cognitivo trabajar la aceptación y asimilación de la diabetes así como pensamientos negativos incursionados a la pérdida de salud, miedo, autoestima e incluso muerte. Se trabajaría a través de técnicas de identificación de pensamientos, como son por ejemplo reestructuración cognitiva, resolución de problemas y técnicas para trabajar autoestima.

Para trabajar la parte conductual tendría que mantenerse un adecuado estado de ánimo así como llevar una vida activa y productiva donde el paciente pueda tranquilo y cómodo con lo que e incluso poniendo en práctica habilidades sociales.

BIBLIOGRAFIA

Aguascalientes, I. N. (14 de Noviembre de 2013). *INEGI*. Recuperado el 22 de Agosto de 2017

Alfonso, L. M., & Jorge A. Grau Abalo. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *psicología y salud* , 89-99.

Amador Díaz, C. M. (21 de Abril de 2007). *IMSS*. Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf>

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

Arias, Y. G. (2001). La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 1-4.

Association, A. D. (20 de Marzo de 2015). *Asociación Americana de Diabetes*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017, de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html>

Castillo, J. L. (2005). valoración sistémica de la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 y nefropatía diabética. *Revista médica del Hospital General de México S.S.* , 142-154.

Delgado, R. M. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes. *redalyc.org* , 67-87.

Descalzo, J. A. (2017). Manual para pacientes con diabetes tipo 2. En J. A. Carolina Descalzo, *Manual para pacientes con diabetes tipo 2* (pág. 87). México: McGraw-hill.

Diabetes, C. d. (2013). *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*. Recuperado el 30 de Enero de 2018, de Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes:
<http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

DIABETES, F. I. (2015). *IDF diabetes Atlas 7 edición*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2017, de <http://fmd diabetes.org/diabetes-en-mexico/>

Diabetes, F. M. (Septiembre de 2012). *Federación Mexicana de Diabetes*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2017, de Organización Mundial de la Salud.:
<http://fmd diabetes.org/diabetes-en-mexico/>

Federación Mexicana de Diabetes A.C. (25 de Enero de 2016). *Federación Mexicana de Diabetes A.C.* Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de <http://fmdiabetes.org/que-es-la-diabetes-2/>

Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (25 de Enero de 2016). *Federación Mexicana de Diabetes.* Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de <http://fmdiabetes.org/que-es-la-diabetes-2/>

Federación, M. (2012). *Federación Mexicana de Diabetes.* Recuperado el 7 de Septiembre de 2017, de Encuesta Nacional de Salud y nutrición: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/>

Hernández, Y. N. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública . *Finlay* , 6-8.

Hoyos Duque, N. T., & Muñoz Cardoña, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería* , 194-203.

INEGI. (14 de Noviembre de 2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes.* Recuperado el 24 de Agosto de 2017

Libertad, A. M. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* , 89-99.

Libertad, M. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud* , 89-99.

López-Romero Luis Alberto, S. L.-G.-S. (2015). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia la promoción de la salud* , 117-137.

Molina, R. T. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Redalyc* , 76-86.

Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista educación* , 171-188.

OMENT. (27 de Diciembre de 2016). *Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles.* Recuperado el 18 de Enero de 2018, de <http://oment.ua.nl.mx/ultimas-cifras-de-diabetes-en-mexico-ensanut-mc-2016/>

Organización Mundial de la Salud. (Julio de 2017). Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *oms*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2017, de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Ortiz, M. L. (Agosto de 2006). Recuperado el 12 de Octubre de 2017, de <http://eprints.uanl.mx/5909/1/1020154551.PDF>
- Rivas-Acuña, V. (1-2 de Enero-agosto de 2011). *Redalyc.org*. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
- Rivero, G. S. (2007). *scielo.org*. Recuperado el 04 de Septiembre de 2017, de gaceta médica boliviana: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016
- Robles, R. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión. *psicothema* , 247-252.
- Rodríguez, L. M., & Plata, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Redalyc.org* , 131-148.
- Salud, O. M. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 6 de Septiembre de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
- Vázquez, E. B. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en psicología* .
- Villalpando, C. G. (2017). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 28 de Enero de 2018, de <https://www.insp.mx/presencia-insp/3877-diabetes-causa-muerte-mexico.html>
- Vinaccia Stefano, O. L. (20 de Junio de 2005). Revista *Redalyc*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/html/679/67910202/>
- Zúñiga-Ramírez MG, V.-R. E. (21 de 2 de 2013). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132d.pdf>

ANEXO

Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Edo. Civil: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Tache la respuesta que usted considere adecuada. Nos interesa su opinión.

¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho

Escala para medir adherencia terapéutica

Nombre: _____ Edad: _____ Edo. Civil: _____

Escolaridad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor lea con cuidado las siguientes oraciones y tache la respuesta que usted considere adecuada.

1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3. Me hago análisis en los periodos que el médico indica.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8. Como solo aquellos alimentos que el médico me permite.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Escala para medir nivel de estrés

Nombre: _____

Edad: _____ Edo. Civil: _____

Escolaridad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor lea con cuidado las siguientes oraciones y tache la respuesta que usted considere adecuada.

1. Siento que la diabetes controla mi vida.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Me siento sobrepasado por las demandas de vivir con diabetes.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Siento rabia miedo y/o tristeza cuando pienso que debo vivir con diabetes.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. Siento que la diabetes está tomando mucha de mi energía física y mental cada día.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. Siento que sin importar lo que haga voy a terminar con serias complicaciones al largo plazo.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
6. Siento que mis amigos o mi familia no apoyan suficientemente los esfuerzos que hago para mi cumplir mi autocuidado (por ejemplo, hacen actividades que complican mis planes alentándome a que coma cosas prohibidas).	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. Siento que mis amigos o mi familia no me dan el apoyo emocional que me gustaría.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Siento que mis amigos o mi familia no aprecian lo difícil que puede ser vivir con diabetes.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. Siento que mi doctor no toma suficientemente en serio mis preocupaciones.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Siento que estoy fallando frecuentemente a mi régimen.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Siento que no estoy siguiendo lo suficientemente bien mi plan de alimentación.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Siento que no estoy chequeando mis glicemias con la frecuencia necesaria.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. No siento confianza en mis habilidades para manejar mi diabetes.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo