



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DIABETES: UNA OPORTUNIDAD A LA VIDA UNA INTERVENCION PSICOLOGICA PARA CAMBIAR CREENCIAS RELACIONADAS CON LA DIABETES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

CYNTHIA PICHARDO MANDUJANO



LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXION

DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GOMEZ
ASESORA: LIC. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

DGAPA - PAPIME ENZ11203

MEXICO, D. F.



2004



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.

Índice

<i>RESUMEN</i>	3
<i>INTRODUCCIÓN</i>	5
<i>CAPÍTULO 1</i>	8
<i>DIABETES MELLITUS</i>	8
<i>ANTECEDENTES</i>	8
<i>CONCEPTO DE DIABETES</i>	10
<i>DIAGNÓSTICO</i>	10
<i>TIPOS DE DIABETES</i>	11
<i>FACTORES DE RIESGO PARA LA DIABETES MELLITUS</i>	12
<i>FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTILO DE</i>	13
<i>VIDA</i>	
<i>COMPLICACIONES DE LA DIABETES</i>	14
<i>TRATAMIENTO Y CONTROL</i>	15
<i>PANORAMA ACTUAL DE LA DIABETES</i>	15
<i>CAPÍTULO 2</i>	18
<i>ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO ESTRATEGIA PARA EL</i>	18
<i>TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES</i>	
<i>¿CUMPLIMIENTO O ADHERENCIA?</i>	19
<i>CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA</i>	20
<i>FACTORES QUE AFECTAN LA ADHESIÓN</i>	21

<i>EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN</i>	21
<i>ADHERENCIA EN DIABETES</i>	22
<i>DIFERENCIA ENTRE PACIENTE Y PERSONA</i>	23
<i>PADECIMIENTO Y ENFERMEDAD</i>	25
<i>CAPÍTULO 3</i>	30
<i>CULTURA: LO INVISIBLE EN LA DIABETES</i>	
<i>CONCEPTO DE CULTURA</i>	30
<i>SURGIMIENTO DE LA CULTURA</i>	32
<i>FUNCIÓN DE LA CULTURA</i>	32
<i>¿CÓMO SE TRANSMITE LA CULTURA?</i>	34
<i>IMPORTANCIA DE LA CULTURA EN EL TRATAMIENTO PARA</i>	
<i>LAS PERSONAS CON DIABETES</i>	35
<i>CREENCIAS DE LAS PERSONAS SOBRE SU PADECIMIENTO</i>	35
<i>CAPÍTULO 4</i>	38
<i>PERCEPCIÓN Y CONFRONTACIÓN DE CREENCIAS</i>	38
<i>PERCEPCIÓN</i>	38
<i>FUNCIÓN DE LA PERCEPCIÓN</i>	39
<i>PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SOBRE SU DIABETES</i>	40
<i>CONFRONTACIÓN</i>	40
<i>CONFRONTACIÓN DE LAS CREENCIAS DE LAS PERSONAS</i>	
<i>CON DIABETES</i>	41

CAPÍTULO 5	43
<i>DUPAM: MULTIDISCIPLINA Y ATENCIÓN A LA DIABETES</i>	43
METODOLOGÍA	49
OBJETIVOS	49
POBLACIÓN	49
ESCENARIO	49
PROCEDIMIENTO	49
PROGRAMA: <i>Diabetes: una oportunidad a la vida</i>	50
RESULTADOS	59
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	76

AGRADECIMIENTOS

Día a día construimos historias, nuestras vidas, con lo que sucede a nuestro alrededor, al igual. Las personas que conocemos nos ayudan a construir estas historias por medio de su compañía, apoyo, tiempo y experiencias compartidas.

En una de ellas, la mía, se está construyendo un relato, un capítulo más, en donde se cierra toda una vida de estudios y comienza otra de vida profesional.

Como símbolo de este ciclo se encuentra la presente tesis, la cual ha sido construida con el esfuerzo de muchas personas, aún cuando yo aparezca como la autora de ésta, así:

Quiero expresar mi gratitud a todas y cada una de las personas que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

También, agradezco a las personas con diabetes por ser las protagonistas de esta historia.

Al igual, doy las gracias a mis sinodales: Lic. Gloria Marina Moreno Baena, Mtra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling, Dr. Bonifacio Caballero Noguéz, Lic. María Enriqueta Figueroa Rubio y Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, por su apoyo y la transmisión de sus conocimientos para lograr que esta tesis fuera una historia que brinde satisfacción.

En especial, agradezco al Dr. Marco y la Lic. Enriqueta por su tiempo y por mostrarme un camino más por donde pisar.

Además, agradezco a mis compañeros de Psicología, Odontología, Enfermería y Medicina por su apoyo y por su tiempo otorgado para lograr la multidisciplina y, principalmente, por la dedicación para atender a las personas con diabetes.

Igualmente, agradezco a amigos y amigas que me han acompañado y han construido una faceta más en mi vida.

Y, por último, no por eso menos especiales, sino los principales escritores y constructores de mi vida, agradezco a mis padres y mi hermano: María de los Angeles Mandujano Cardoso, Silvestre Pichardo Miranda y Hugo Jesús Pichardo Mandujano, por ser parte indispensable e insustituible en mi historia, porque gracias a su esfuerzo, apoyo, tiempo, enseñanzas y experiencias he llegado al cierre de esta historia.

Finalmente, quiero agradecer a las siguientes personas por ser parte esencial de mi historia de vida y porque todo lo que me han brindado ha servido para formar a la Cynthia actual:

- *Ricardo Durán Molina*
- *Edith A. Raymundo López*
- *Ma. Guadalupe Picazo Rivera*
- *Violeta E. Valadez López*
- *Rafael Pascual Ayala*
- *J. Armando Bárcenas Paredes*
- *Ma. de Lourdes Reyes Hernández*
- *Maribel Ochoa Mendoza*

Infinitas gracias a todos.

Tú decides qué escribirás en tu historia, ¡aprovéchaló!

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad que día a día va presentándose con mayor frecuencia en las personas, actualmente ocupa el primer lugar como causa de mortalidad en el ámbito nacional.

Al menos teóricamente se tiene todo lo necesario para controlar y, aún, para prevenir esta enfermedad. Sin embargo, la estrategia institucional que se ha utilizado no ha tenido los efectos esperados, pues la diabetes sigue presentándose ni tampoco se ha logrado controlar los niveles de glucosa de estas personas que la padecen.

Una de las posibles causas por las que no se dan los esperados resultados en los niveles de glucosa de la gente es debido, precisamente a este tipo de atención, pues sólo se le da importancia a la medicina y su tratamiento, sin ver cómo esto influye en las personas. Principalmente, se brinda una mayor atención a la manera en que las personas siguen las prescripciones del médico, pues se dice que si la gente no logra controlar sus niveles de glucosa es culpa de ellas mismas por no seguir lo que el médico le ordenó. Todo esto se refiere a la adherencia terapéutica.

En esta forma de atención se observa y se trata a la persona como un enfermo, como un organismo olvidándose, precisamente, de que es una persona, que tiene miedos, temores, sentimientos, etc. Y, fundamentalmente, que tiene una cultura, de la cual se desconoce los alcances que puede tener en el seguimiento del tratamiento del médico y de la manera en que cómo la persona trata a su diabetes.

La cultura es un aspecto presente en todos nosotros, sin ser la excepción las personas con diabetes. Este aspecto es la que configura, entre otras cosas, la manera en que pensamos y nos comportamos frente a las distintas situaciones que vivimos día a día. Es la que configura nuestras creencias y percepciones.

Esto último resulta muy importante para esta tesis, pues de acuerdo a estas creencias y percepciones es como se comporta la persona con diabetes para buscar una atención y, por tanto, un control de su azúcar.

En base a esta idea es como en la presente tesis, se buscó coadyuvar a lograr un control de la glucosa por parte de las personas que la padecen, por medio de un programa alternativo denominado *Diabetes: una oportunidad a la vida*, que confrontó las creencias y percepciones sobre la diabetes de las propias personas. Obteniéndose como resultados un cambio en las creencias y percepciones de las personas que participaron en todas las sesiones terapéuticas de este programa.

INTRODUCCIÒN

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

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

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

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

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

Por esto, se creó un programa de intervención psicológica que aporta una propuesta conceptual alternativa al tratamiento médico institucional de la diabetes, pues la

estrategia médico institucional no ha tenido los efectos esperados, ya que las muertes a causa de esta enfermedad, o sus complicaciones, siguen en aumento.

Así, esta propuesta complementa esta estrategia, pues la psicología también puede contribuir a que las personas con diabetes busquen controlar sus niveles de glucosa, pero esta última debe aplicarse conforme a la cultura de los enfermos. Es decir, para controlar la diabetes, es imprescindible conocer los patrones culturales de estas personas.

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

De esta manera, para profundizar en los aspectos ya mencionados, en el primer capítulo se habla de lo que es la diabetes, así como sus complicaciones, tratamiento y la panorámica actual.

En el segundo capítulo tratamos sobre la estrategia de la adherencia terapéutica, la cual, durante los últimos tiempos, ha sido el indicador de una eficacia o un fracaso del tratamiento en las personas con diabetes. Así como una diferencia, que resulta fundamental, entre el paciente y la persona, y entre la enfermedad y el padecimiento.

El tercer capítulo versa sobre la cultura, ese aspecto presente en las personas con diabetes que no se ha tomado en cuenta, ni mucho menos las implicaciones que ésta tiene sobre la manera en que actúan las personas para buscar ese control de glucosa, tan esperado por muchos.

El cuarto capítulo, nos habla sobre las percepciones y cómo es que éstas influyen en la manera en que vemos el mundo y, sin ser la excepción, la diabetes.

Pues conforme a las creencias de la diabetes que se tengan y las percepciones de su enfermedad será la manera de atender y buscar atención para su padecimiento.

El quinto, y último, trata sobre el programa intitulado Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM), de indispensable mención, pues es aquí donde se

desarrolla toda esta investigación y donde se ha generado una importante manera de colaboración para coadyuvar al control de la diabetes.

Después, se habla de la metodología, sobre las características de las personas que participaron en estas sesiones terapéuticas, entre otros aspectos metodológicos, para cerrar con el programa *Diabetes: una oportunidad a la vida*, y una descripción de todas las sesiones terapéuticas que lo conforman.

En el siguiente apartado, mostramos los resultados obtenidos de estas sesiones, se habla de cada una de las personas que participaron, así como sus resultados de glucosa.

Así, en el apartado sucesivo, se realiza un análisis y discusión de los resultados logrados.

Finalmente, se presentan las conclusiones a las que llegamos en base al análisis de cada uno de los resultados.

CAPÍTULO 1

DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES

Las civilizaciones antiguas de Egipto, Grecia, Roma e India reconocieron la diabetes y el efecto de la intervención dietética sobre la enfermedad (Shils, Olson, Shike, Ross; 2002).

Las descripciones clínicas de la enfermedad se inicia en el papiro de Ebers que data del año 1550 a. de J. C. Fue descubierto en Tebas, en 1862. El documento, que se conserva en la Universidad de Leipzig, contiene la descripción de varias enfermedades, entre las cuales se menciona un estado poliúrico, presumiblemente debido a la diabetes (Figuerola, 1997).

El término "diabetes" fue introducido por Aretaeus de Capadocia en el siglo II a. C., al cual se debe, por otra parte, una precisa descripción de la enfermedad: "la diabetes es una delicada afección en la cual las carnes se funden por la orina...los pacientes no paran de beber... su vida es corta y dolorosa... padecen náuseas, inquietud y sed ardiente y no tardan mucho tiempo en expirar" (Farreras, 1992).

En este mismo sentido, Shils et al. (2002) menciona que Arataeus observó polidipsia y poliuria, y denominó la enfermedad *diabetes*, que significa "flujo a través de". También, señala que Thomas Willis introdujo más tarde el término *mellitus* o "semejante a la miel" tras detectar el sabor dulce de la orina.

Según Farreras (1992), la comprobación química de que la orina contenía azúcar la hizo Dobson poco después, lo que permitió plantear el tratamiento dietético de la enfermedad con carácter científico. El autor indica que la glucosa en sangre fue determinada por primera vez, en 1859, por Claude Bernard, quien señaló que la hiperglucemia era el signo fundamental de la enfermedad.

El mismo autor menciona que, diez años después, Langerhans describió los islotes pancreáticos que posteriormente recibieron su nombre. Asimismo refiere que, en 1889, Minkowsky consiguió producir la diabetes experimental en perros mediante la pancreatectomía total y, simultáneamente, inició los primeros intentos de trasplante de páncreas. Con sus trabajos se demostraba por primera vez que el páncreas era capaz de producir una sustancia cuya carencia era responsable de la diabetes.

Por su supuesto origen en los islotes de Langerhans, inicialmente se denominó a esta sustancia isletina, la cual, no obstante, pudo ser aislada hasta 1921 por Banting y Best en Toronto (Farreras, 1992).

El término insulina fue utilizado por primera vez por Jean de Mcyer en 1910, intentando significar que se trataba de la sustancia producida en los islotes descubiertos por Langerhans y cuyo déficit se consideraba responsable de la enfermedad (Figuerola, 1997).

De acuerdo a Farreras (1992), el descubrimiento de la insulina y su utilización terapéutica produjo una verdadera revolución en la diabetología, cambiando de forma radical su pronóstico. El mismo autor indica que, no obstante, debe recordarse que la diabetes sigue siendo una enfermedad grave que disminuye la expectativa de vida y que la prolongación de ésta obtenida gracias a la insulina se ha acompañado de un espectacular incremento en la prevalencia de las complicaciones de la enfermedad.

CONCEPTO DE DIABETES

En la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994,2001) se define como:

3.16 Diabetes... enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Según Farreras (1992) la diabetes puede definirse como un trastorno crónico de base genética caracterizado por dos tipos de manifestaciones: a) un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina, y b) un síndrome vascular, que puede ser macroangiopático o microangiopático y que afecta todos los órganos, pero en particular el corazón, la circulación cerebral, los riñones y la retina.

DIAGNÓSTICO

La diabetes, en muchas ocasiones, es una enfermedad silenciosa que va avanzando poco a poco, sin que las personas hagan caso de los primeros síntomas.

Velasco y Sinibaldi (2001) refieren que el diagnóstico de diabetes no es difícil de realizar cuando ésta es sintomática, es decir, cuando la persona ya empezó con las molestias que la enfermedad ocasiona. Los síntomas que la caracterizan comprenden aumento en la sensación de sed (lo que se conoce como polidipsia), en consecuencia mayor producción de orina (poliuria), e incremento en la sensación de hambre (polifagia) lo cual, para el autor, resulta llamativo pues, pese a que el individuo ingiere grandes cantidades de alimento pierde peso. Todo este cuadro resulta altamente sugestivo del

diagnóstico de diabetes, especialmente cuando se acompaña de altas concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre e incluso en orina.

TIPOS DE DIABETES

Los tipos de diabetes más importantes según la Norma Oficial son:

3.17 Diabetes tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

3.18 Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

Velasco y Sinibaldi (2001) refieren que en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 las células β del páncreas no han sido destruidas por fenómenos autoinmunitarios y, por tanto, tienen la capacidad de producir insulina. Asimismo, el autor menciona algunas hipótesis planteadas como desencadenantes de la enfermedad:

- ❖ La insulina que se produce es poco eficaz para regular de manera adecuada la glucosa en el organismo.
- ❖ La posible resistencia a la insulina en la persona, es decir, la imposibilidad para regular la glucosa, aún con valores normales de insulina, lo que sucede si el individuo es obeso, ya que requerirá concentraciones mayores de la hormona para alcanzar los efectos deseados sobre las cifras de glucosa (Olefsky y Kolterman, 1981; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001).
- ❖ Lo anterior puede acompañarse de una reducción en la cantidad de sitios de acción de la insulina a nivel celular. estos sitios o "puertas" actúan facilitando el ingreso de la glucosa a la célula y, por tanto, disminuyen su concentración en sangre.
- ❖ Defectos a nivel de los receptores, lo cual impide que la insulina lleve a cabo su función eficazmente (Kahn y White, 1988; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001).

Weir (1982; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001) considera que la causa de la diabetes tipo 2 en un individuo se debe no sólo a los fenómenos de "resistencia a la insulina", sino que probablemente impliquen algún tipo de defecto a nivel de las células β del páncreas, mismos que interfieren con la cantidad o calidad de la insulina producida por ellas.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DIABETES MELLITUS

Para Uribe y López(2001), existen factores de riesgo no modificables (como la edad y el género) y modificables (como la obesidad), cuyo conocimiento permite aplicar medidas preventivas en la práctica clínica, así como en programas de salud poblacional. Entre los factores de riesgo mencionados por este autor se encuentran:

EDAD Y GÉNERO

La mayoría de los estudios muestra que la incidencia de la diabetes aumenta con la edad.

RAZA

Existen grupos étnicos con mayor incidencia de diabetes. La ocurrencia de diabetes tipo 2 es mayor en la población negra o de ascendencia hispana.

CONCENTRACIÓN SÉRICA DE GLUCOSA

Los niveles altos de glucemia son predictores del desarrollo de diabetes tipo 2. Cerca de 11% de los sujetos con intolerancia a la glucosa se convertirán en diabéticos dentro cinco años y 21% a los 10 años.

OBESIDAD

La obesidad es tal vez uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de la diabetes tipo 2. Cerca de dos terceras partes de los diabéticos son obesos al momento del diagnóstico.

LÍPIDOS PLASMÁTICOS

La hiperlipidemia se asocia tanto con la diabetes como con la obesidad, pero se encontró una asociación más estrecha de la diabetes tipo 2, con el aumento sérico de colesterol, lipoproteínas de muy baja densidad y triglicéridos.

TENSIÓN ARTERIAL

En algunos estudios realizados en Estados Unidos e Israel se encontró asociación de hipertensión arterial con ocurrencia de diabetes independientemente de otras variables como edad, índice de masa corporal y educación.

AGENTES QUÍMICOS Y OTROS FÁRMACOS

Varios fármacos se relacionaron con la presencia de diabetes, aunque el mecanismo no está bien establecido. En 1979 el Matinal Diabetes Data Group publicó una lista de medicamentos asociados con diabetes.

OTROS FACTORES DE RIESGO METABÓLICO

Se ha observado un riesgo mayor de desarrollar diabetes en personas con elevación del ácido úrico (hiperuricemia), hemoglobina elevada o disminución de la capacidad vital pulmonar.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA

Para Uribe y López (2001), los estudios de migración demuestran que aquellas personas que cambian su estilo de vida de oriental a occidental tienden a desarrollar diabetes con mayor frecuencia. Asimismo, sociedades con estilos de vida "modernos" tienden a tener mayor incidencia de la enfermedad. El autor menciona factores como:

ACTIVIDAD FÍSICA

El ejercicio disminuye la resistencia periférica a la insulina al modificar el metabolismo de la glucosa y la insulina en el corto plazo. La hipótesis de que la inactividad física incrementa el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 es plausible, y de hecho podría explicar

las diferencias en la ocurrencia entre el medio urbano y el medio rural o el incremento en la incidencia durante el siglo XX.

DIETA

Desde el siglo VI se postula la participación de la dieta en la ocurrencia de esta enfermedad. Al igual que con la actividad física, resulta plausible considerar la asociación de esta variable con la presencia de la enfermedad, tanto en relación con la cantidad de calorías consumidas como en relación con la calidad de los alimentos que se consumen.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Velasco y Sinibaldi (2001) refiere que las complicaciones médicas secundarias a diabetes se dividen en dos grandes grupos: microvasculares y de grandes vasos- en especial aquellos que irrigan la retina el riñón o el sistema nervioso- lo que llega a ocasionar ceguera, insuficiencia renal y neuropatía. Esta última complicación es secundaria a la afección de los nervios, afectando tal vez a las extremidades de manera simétrica produciendo pérdida de la sensibilidad (Vinik y Michell, 1988; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001) y, con menor frecuencia, limitación del movimiento o dolor.

La autora menciona que, también se describen afecciones a una sola vía conductora, especialmente del nervio ciático, el obturador, el mediano o alguno de los pares craneales (Vinik y Michell, 1998; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001). Finalmente, indica la autora, se encuentra la afección de los nervios del sistema autónomo, lo que produce trastornos en el funcionamiento de los órganos del sistema digestivo como esófago, estómago, vesícula biliar, intestino delgado y colon; y problemas relacionados con la presión arterial (hasta hipotensión). Además, la neuropatía puede provocar disfunción sexual (Hilsted, 1982; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001).

Velasco y Sinibaldi (2001) menciona otras manifestaciones de la enfermedad microangiopática en la diabetes, como la miocardiopatía, afección que ocasiona insuficiencia cardíaca congestiva (Rubler *et al.*, 1972; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001),

y la dermatopatía, que consiste en cambios en piel que se aprecian como manchas brillantes, bulas o destrucción de grasa subcutánea (Gilgor y Lazarus, 1983; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001). Asimismo, indica, está el pie diabético, que consiste en la aparición de úlceras y lesiones cutáneas en los miembros inferiores, generalmente a causa de mala irrigación y neuropatía periférica (Ward, 1982; citado en Velasco y Sinibaldi, 2001).

El segundo grupo de complicaciones se debe a trastornos a nivel macrovascular, es decir, en los grandes vasos; por lo general son ocasionadas por la arterioesclerosis y sus complicaciones (infarto, derrames y gangrena).

TRATAMIENTO Y CONTROL

El tratamiento actual de la diabetes según la Norma Oficial es:

11.1 El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, para mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

11.3.5 El manejo inicial del paciente enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.4 Manejo no farmacológico

11.4.1 Es la base del tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

PANORAMA ACTUAL DE LA DIABETES

Actualmente esta enfermedad está exigiendo cada vez más la atención de muchos profesionales de la salud por su importancia a nivel nacional; esto se debe a que ya es la primera causa de muerte general en el país (Secretaría de Salud, 2001).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes en el mundo, y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40% en los países desarrollados y de 70% en los países en vías de desarrollo (Alpizar, 2001).

En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos con diabetes y ocupaba el noveno lugar dentro de los diez países con mayor número de personas con diabetes; para el año 2025, se prevé alcance los 11.7 millones y pase a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia (Alpizar, 2001).

La Secretaría de Salud (2001) indica que la diabetes es la causa número uno de mortalidad hospitalaria, referido por el Sistema Nacional de Salud, y conforma el lugar número tres en la Secretaría de Salud.

Asimismo, esta enfermedad, es la primera causa de mortalidad en edad productiva (15 a 64 años) y se encuentra en tercer lugar en edad posproductiva (65 años y más) (Secretaría de Salud, 2001).

Incluso, en el XIII Curso Multidisciplinario de Diabetes 2003, realizado por la Asociación Mexicana de Diabetes en la Ciudad de México, llevado a cabo los días 9, 10 y 11 de octubre del 2003, se mencionó que la causa número uno de amputación de extremidades inferiores es la diabetes.

En el boletín No. 20 de Fundación para la Diabetes, reportan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID), indican que de seguir la población con los hábitos de vida que conducen al sobrepeso y obesidad, la incidencia de la diabetes podría incrementarse para el año 2030, llegando a afectar a 366 millones de personas.

En este mismo boletín, se señala que, actualmente, existen al menos 171 millones de diabéticos en el mundo y la cifra podría aumentar un 150% para el año 2030. Por esta situación, según el boletín, la OMS y la FID lanzan un programa conjunto que lleva por lema 'Actuemos contra la diabetes, ya'.

Asimismo, refieren que la OMS recomienda a los gobiernos fomentar la alimentación sana, así como el ejercicio físico y la práctica de los deportes.

En el mismo boletín se señala que, los países que ocupan los primeros lugares con el mayor número de personas con diabetes en el mundo son India, China y Estados

Unidos. Sin embargo, la OMS reporta que la situación se agrava rápidamente también en África y América Latina. Sobresale el hecho de que en ésta última, Brasil se encuentra con el mayor número de enfermos con 4.5 millones de casos, seguido de México con 2.1 millones.

Sin embargo, estas complicaciones no debieran existir, pues, al menos teóricamente se cuenta con los recursos para controlar esta enfermedad, pues se cuenta con avances científicos y tecnológicos necesarios para controlar la evolución de la diabetes (Mercado, 1996).

CAPÍTULO 2

ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

Empero, si se cuenta con el tratamiento científico ¿por qué la diabetes sigue presentándose con más frecuencia, así como el número de muertes por ésta, y un aumento en el número de amputaciones de miembros inferiores, problemas de daño renal y ceguera, entre los más importantes?

El modelo de atención a la diabetes actualmente sigue siendo el médico. La persona con diabetes es referida al médico y lo que hace éste es prescribirle, básicamente, hipoglucemiantes orales, es decir, se incorporan medicamentos y la tecnología cada vez más avanzada, con la finalidad de eliminar los signos y síntomas de los pacientes (Mercado 1998), y solo en ocasiones se indica cambiar su alimentación e incrementar la cantidad de actividad física. Estas prescripciones sólo son mencionadas por el médico, no se explica a la persona el cómo cambiar o modificar sus hábitos alimenticios además del incremento de ejercicio. Si la persona no logra bajar sus niveles de glucosa se dice que ella es la única responsable de tener sus niveles de glucosa alta por no seguir las órdenes del médico. Se habla entonces de que no está favoreciendo la adherencia terapéutica.

¿CUMPLIMIENTO O ADHERENCIA?

Según Meichenbaum y Turk (1991), existen dos términos que han sido empleados de manera intercambiable en numerosas ocasiones: cumplimiento (compliance) y adhesión (adherence).

Podemos encontrar las siguientes definiciones de adherencia y cumplimiento.

Adherencia (Adherence) [Lat. Adhesio, pegarse a]. Acción o cualidad de pegarse o adherirse a algo. V. t. Adhesión. Medida en que un paciente continúa con un tratamiento indicado, bajo supervisión limitada, en situaciones conflictivas (Stedman, 1993).

Cumplimiento (Compliance). Regularidad y exactitud con que un paciente sigue el régimen prescrito por el médico u otro profesional del equipo de salud (Stedman, 1993).

Adhesión, proceso por el que una persona sigue unas reglas, unas líneas maestras y unas normas, por ejemplo, cuando un enfermo sigue una prescripción y unas recomendaciones sobre un régimen de cuidados (Diccionario Mosby, 2003).

Meichenbaum y Turk (1991) indican que *cumplimiento* hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscripciones del profesional de la salud (P.S.). El cumplimiento significa hasta qué punto la conducta del paciente coincide con los consejos médicos y sanitarios dados por el P. S.

Refieren que numerosos autores han defendido que el término connota un rol pasivo, en el que el paciente sigue fielmente los consejos y directrices del P. S.

Indican, además, que el término *falta de cumplimiento* (noncompliance) incorpora un concepto evaluativo, que puede implicar una actitud negativa o perjudicial hacia el paciente, y a menudo presume que el fracaso, a la hora de cumplir un tratamiento, es culpa del paciente.

Los autores señalan que, por otro lado, el término adhesión (adherence) se emplea para implicar un compromiso de colaboración más activo e intencionado del paciente. El término se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de

colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo terapéutico deseado.

En este mismo sentido, Lutfey (1999) refiere que el término cumplimiento sugiere un modelo de comportamiento médico restringido mientras la alternativa adherencia implica que los pacientes tienen más autonomía al definir y seguir sus tratamientos médicos.

El término a tomar en cuenta en la presente investigación será el de adherencia.

CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La adherencia terapéutica implica una gran diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. En el momento este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todas las enfermedades crónicas, pues no solo ese incumplimiento es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de asistencia sanitaria (Ginarte, 2001).

El término adherencia se refiere a "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado" (DiMatteo y DiNicola, 1982; citado en Ferrer, 1995, p. 38).

La adherencia puede ser considerada como un complejo proceso de autorregulación que comprende las tres etapas siguientes (Zaldívar, 2003):

1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica.
2. Seguimiento continuado.
3. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

La adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o

programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables (Ferrer, 1995; Zaldívar, 2003).

En este mismo sentido, Meichenbaum y Turk (1991) señalan que la adhesión cubre una variedad de conductas diversas entre las que se incluyen:

1. Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
3. Tomar correctamente la medición prescrita.
4. Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (ej.: en las áreas de alimentación, ejercicio y manejo del estrés).
5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (ej.: fumar, beber, usar drogas).

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHESIÓN

Meichenbaum y Turk (1991) mencionan que se han realizado numerosas investigaciones dirigidas a identificar los determinantes o factores de la adhesión. Las variables estudiadas pueden categorizarse, según los autores, de manera general del siguiente modo: (a) características del paciente; (b) características del régimen del tratamiento; (c) rasgos de la enfermedad; (d) relación entre el profesional de la salud y el paciente; y (e) el contexto clínico.

EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN

Debido a la amplitud del tema y a las múltiples conductas que tienen cabida bajo el título de adhesión, se han desarrollado una gran diversidad de medidas variando, así mismo, los criterios empleados en cada una de éstas (ver Dunbar, 1979; Goldsmith, 1976; citado en Meichenbaum y Turk, 1991).

Según Meichenbaum y Turk (1991), se han empleado diferentes formas de evaluación para medir la adhesión, incluyendo: auto-informes, técnicas conductuales, fisiológicas y bioquímicas; y resultados clínicos:

FORMAS DE MEDIR LA ADHESIÓN

- Entrevista
- Autoinformes
- Auto- registro
- Contar las pastillas no tomadas
- Resguardo de las recetas de reposición
- Medidas conductuales
- Evaluaciones clínicas
- Técnicas de señales (marcadores inactivos o falsos mezclados en el paquete de tratamiento)
- Indicadores bioquímicos
- Registro de citas no mantenidas
- Resultados de mejoría o estabilidad clínica en los síntomas o en la condición médica del sujeto

ADHERENCIA EN DIABETES

Para McNabb (1997) la adherencia del paciente en la diabetes sigue siendo un área de interés y concerniente a los profesionales de la salud y los investigadores clínicos aun cuando mucha de la investigación previa ha sido hecha en esta área.

Según el autor, en diabetes se espera que los pacientes sigan un grupo complejo de acciones conductuales para cuidar su enfermedad. Estas acciones incluyen ocuparse en conductas positivas en el estilo de vida, lo cual implica seguir un plan de comida y realizar actividad física apropiada, tomar medicamentos (insulina o un hipoglucemiante oral) cuando sean indicados, monitoreo de glucosa en sangre (...).

El mismo autor menciona que, una revisión de la literatura de la adherencia sugiere que como un grupo, los pacientes con diabetes en gran parte no se adhieren. En un estudio anterior, sólo el 7% de los pacientes diabéticos fueron evaluados como adheridos completamente a todos los aspectos de su régimen.

Si bien, la propuesta de la adherencia terapéutica parece prometedora, no obstante, no ha satisfecho las expectativas. Esta afirmación se sustenta en las estadísticas de esta enfermedad, obtenidas en los ámbitos nacional e internacional. Esto se debe, entre otros aspectos, al papel que se le da a la persona con diabetes.

DIFERENCIA ENTRE PACIENTE Y PERSONA

Ya observamos cómo, aunque se le concede a la persona un papel activo en la toma de decisión sobre qué tratamiento seguir, en los hechos se le sigue dando un papel pasivo. Basta con escuchar cómo es que se habla sobre estas personas con diabetes, se refieren a ellas como pacientes, omitiendo con ello que se trata de personas y no de sólo un organismo.

Paciente es un término que viene del latín *pati* que significa padecer, sufrir (Martínez, 2003). Diversos autores, sugieren que el término paciente asume tácitamente que se trata de alguien débil, dependiente, indefenso e incapaz de atenderse o tomar decisiones sobre su situación (Zola, 1991; citado en Mercado, 1996).

Martínez (2003) menciona que en el lenguaje de la medicina se llama *paciente* a la persona que padece o sufre por un problema de salud y que por tal razón busca atención médica o se somete a participar o en lo que ésta implica. Asimismo indica que: "nosotros hemos sustantivado el verbo *padecer* para nombrar al conjunto de molestias corporales, temores, angustias, etc., que el paciente comunica al médico durante la consulta médica".

En este mismo sentido, Mercado (1996) refiere que:

(...) estos terapeutas traducen el conjunto de síntomas de los enfermos (...), a signos, y luego ubican su equivalente en algún órgano o sistema del cuerpo alterado para entonces definir los procesos corporales afectados. El tratamiento, en consecuencia, lo

dirigen a modificar o restaurar el daño celular o sistémico detectado. La persona enferma, por su parte, es vista como un "paciente pasivo", como el objeto sufriente de un curador activo, o acaso como el portador de un rol de enfermo el cual debe cumplir de acuerdo a lo estipulado (...).

Como vemos, el término paciente implica tener un rol pasivo, en donde por pretender que el paciente se adhiera a la prescripción médica se olvida que es el actor principal y, principalmente, persona.

Martínez (2003) menciona que persona es lo que cada uno de nosotros somos: una unidad somatopsíquica y sociocultural que vive, piensa, siente a su manera, que percibe, interpreta y responde a su manera a la enfermedad, al médico, a la medicina.

Al igual, el autor indica que, para las ciencias biomédicas, la persona como entidad viviente, tiene su raíz en el cuerpo humano. El filósofo contemporáneo Paul Ricoeur (Martínez, 2003) así lo entiende cuando dice que el cuerpo humano hace a la persona o es la persona. Pero este material de origen biológico toma forma con la participación de la sociedad.

Martínez (2003) aclara que:

Los médicos debemos tener bien presente que si el cuerpo humano es el fundamento de la persona, está enferma cuando aquel es atacado por la neumonía, la diabetes o el cáncer. Pero también debemos tener en cuenta que esa pérdida del bienestar que padece por una enfermedad del cuerpo, adquiere ciertas características por la influencia que la sociedad y la cultura han ejercido, y ejercen, en ese ser humano.

La medicina se ha ocupado en el estudio de lo que la enfermedad es o puede ser desde el punto de vista del observador- médico, biológico, químico o físico- pero ha descuidado constantemente una preocupación que parece elemental: la de considerarla desde el punto de vista del enfermo (Seguin, 1982).

Así, los problemas de salud que el paciente le presenta al médico no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas propios; comprenden también la manera como estos síntomas son vividos o experimentados por

el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etc. (Martínez, 2003).

Debido a esto se han investigado los términos padecimiento y enfermedad que, en apariencia, representan una situación en donde pareciera existir una concordancia entre cómo es vista la enfermedad por la persona y por el profesional de la salud.

PADECIMIENTO Y ENFERMEDAD

Fue Ludolf Krehl quien, en 1928 (citado en Seguin, 1982), produjo la primera importante sacudida, al llamar la atención sobre la vigencia de la persona en la teoría médica en una conferencia que tenía como título "Krankheitsform und Persönlichkeit" (Formas de enfermedad y personalidad) en la que propone resueltamente "el ingreso de la personalidad del enfermo en el quehacer médico, como objeto de investigación y estimación". La enfermedad empieza a ser considerada como un proceso, que se presenta en un ser humano que le imprime características personales.

Es Gustav von Bergmann (citado en Seguin, 1982) quien, siguiendo esta idea, nos enseña a ver en todo enfermo dos aspectos: el que se refiere a la persona biológica, conjunto de funciones, y aquél intrínsecamente relacionado de la "intima historia vital".

Asimismo, Robinson, ya en 1939 (citado en Seguin, 1982), había tratado de distinguir, en la enfermedad humana, dos aspectos fundamentales que se adscriben a las palabras inglesas *illness* y *disease*.

El autor indica que, *illness* es una desviación de la salud o un estado en el cual todas las actividades y funciones son realizadas libre y eficientemente, sin dolor ni molestia.

Disease puede ser definida, según el mismo autor, como un estado anormal del cuerpo que resulta de efectos, procesos, sustancias perjudiciales o accidentes. Asimismo, señala que, *disease* es reconocida por medio de procedimientos objetivos como cambios

estructurales o condiciones anormales, reveladas por métodos químicos, fisiológicos o biológicos y denotada como enfermedad orgánica.

Por tanto, Robinson (citado en Seguin, 1982) menciona que illness es subjetiva y consiste en alteraciones de la salud reconocidas y descritas o indicadas por el individuo afectado, mientras que disease es objetiva y es reconocida mediante la observación de los doctores.

El autor, aclara que, podemos adjudicar a illness el significado de dolencia y reseñar para disease el de enfermedad.

Tweddle (citado en Seguin, 1982) sintetiza diciendo: Enfermedad es un fenómeno "objetivo", que puede medirse por las pruebas de laboratorio, la observación directa y otros "signos". Dolencia se refiere a dimensiones más subjetivas o psicológicas de no-salud que son generalmente causa de preocupación más inmediata para quien las experimenta.

En este mismo sentido, Jiménez (1998) indica que se deben distinguir dos aspectos al hablar de enfermedad: (a) el estado de enfermedad (disease) que hace referencia a las condiciones patológicas de nuestro organismo y que pueden ser diagnosticadas clínicamente por el profesional de la salud; y (b) la experiencia de enfermedad (illness) (por otros autores manejada como experiencia de padecimiento), o los modos subjetivos que la persona percibe, se representa, reacciona o sufre ante determinados síntomas físicos a los que considera síntomas de enfermedad.

Mercado (1996) puntualiza que utiliza enfermedad para hacer referencia a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos y sistemas así como a los estados patológicos, o sea, hace referencia tal como se le emplea en el campo biomédico. En cambio, el autor señala que, hace alusión al padecimiento para dar cuenta de cómo los sujetos y los miembros de su familia o su red social más cercana conciben, interpretan y responden a los síntomas y a las limitaciones derivadas de la misma.

Al igual, el autor menciona que, aunque se reconoce que todos los enfermos son portadores de conocimientos o saberes cotidianos, estos se desechan no obstante la función que desempeñan en su vida y práctica diaria.

Martínez (2003) analiza los términos *illness* y *padecer*, llegando a la conclusión de que el concepto de *padecer* comprende al anglosajón *illness* pero abarca más: el *padecer* que causa el diagnóstico de la enfermedad, el consecutivo a las modificaciones de la vida cotidiana a la que la enfermedad obliga o las que impone el médico con fines terapéuticos, el *padecer* que directa o indirectamente causan los recursos curativos- costo económico, "costo" en dolor, en despersonalización- etc.

Para el autor, el *padecer* es en primer lugar una serie de vivencias. La vivencia, es "lo vivido", es la experiencia personal, predominantemente afectiva, que tenemos en determinada situación de vivir.

Finalmente, Martínez (2003) señala que el *paciente* es una Persona que está padeciendo la pérdida del bienestar físico, psíquico y social, que define o explica lo que es la salud, y que por esta razón busca ayuda médica. Es su *padecer* lo que esta Persona le presenta o expone al doctor en consulta médica. Lo que el paciente le comunica al médico en la consulta es su sentir, saber, creer, imaginar, temer, etc., respecto de la enfermedad, sobre la manera cómo ésta ha repercutido en su vida.

Cardoso (2002) menciona que es conveniente estudiar la experiencia de padecimiento porque es primordialmente en el hogar donde se padecen las consecuencias de la diabetes y las dificultades para vivir con los tratamientos prescritos. Es donde se enfrentan los obstáculos. Es en el hogar donde se presentan en su más cruda realidad y sin cortapisas los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por las mismas (Corbin y Strauss, 1992).

La enfermedad no podrá jamás ser comprendida usando para apreciarla solamente sus apariencias. Se hará más accesible si tratamos de saber, no lo que "es", sino su significado; no solamente su apreciación material o su categoría de "cosa en sí".

sino, más bien, cómo el hombre la enfrenta desde su particular posición cognoscitiva, posición que, por supuesto, se halla determinada por toda su psicología y ella por toda su biografía, la que está inmersa en una sociedad y una cultura determinadas (Seguin, 1982).

En este mismo sentido, Cardoso (2002) indica que si bien es importante estudiar la experiencia de padecimiento, también considera relevante conocer el contexto donde se crea dicho padecimiento, porque éste último es construido en función del primero.

Un elemento primordial que conforma dicho contexto es la cultura en la que se encuentra inmersa la persona, porque, de acuerdo con Vargas (1991; citado en Cardoso, 2002), las ideas sobre lo que es la salud y la enfermedad, el uso de servicios médicos, y los sentimientos hacia lo anterior, reciben múltiples influencias, entre ellas se encuentran las ideas y las prácticas que tiene el grupo social y cultural.

En síntesis, la OMS, en el comunicado de prensa número 054, indica que el control de la diabetes no se ha logrado debido al "incumplimiento" o la no adherencia de las personas que la padecen, pues el personal de salud no está preparado para hacerlas responsables de seguir las prescripciones indicadas.

Sin embargo, según la Asociación Americana de Diabetes (ADA; 2004) esta enfermedad, en Latinoamérica, debería de estar controlada, pues como se había dicho, se tiene lo necesario para lograrlo. Pero, nuevamente nos hacemos la pregunta: ¿a qué se debe este no control de la diabetes?

La Secretaría de Salud en el Programa de Acción para la Diabetes Mellitus (2001), indica que si bien se tiene lo necesario, hay que realizar un cambio de paradigma para lograrlo, pues frecuentemente se trabaja con los medicamentos como el eje principal para llegar a controlar la enfermedad, y se deja como un auxiliar la indicación de modificación de hábitos, tanto alimenticios como de ejercicio físico.

Por tanto, en este Programa, se propone realizar un cambio pasando de los medicamentos como el eje de control a la modificación de estilos de vida de las personas.

Y, ¿cómo logramos esto? Ya hemos visto que no basta únicamente con la prescripción médica.

En la presente tesis se ofrece una respuesta a esta última pregunta, pues la intervención psicológica realizada tuvo por objetivo ayudar a las personas a modificar esos hábitos por medio del cambio de las creencias que se han estructurado culturalmente sobre su padecimiento, pues las creencias y las percepciones que tenemos son fundamentales, como indica Lazarus (1991) ellas nos llevan a actuar de la manera en que lo hacemos y, en consecuencia, en la forma en que las personas con diabetes atienden a su enfermedad.

Como vemos, la diferencia entre paciente y persona, así como entre enfermedad y padecimiento, no se toma en cuenta en la práctica médica, se sigue pensando, y actuando, observando a la persona como paciente, en donde sólo toman en cuenta la parte biológica; se piensa que sólo basta con que el médico ordene o prescriba los cambios para que la persona lleve a cabo estas prescripciones, sin tomar en cuenta una parte esencial de toda la gente. Parte en la que estamos inmersos y hemos evolucionado adquiriéndola: la cultura.

CAPÍTULO 3

CULTURA: LO INVISIBLE EN LA DIABETES

La cultura es la que nos hace humanos. Cada uno de nosotros está inmerso en un medio cultural que influye en cómo vemos el mundo, que da forma a nuestras creencias sobre lo que está bien y lo que está mal (Boyd y Silk, 2000). Pero antes de todo esto ¿qué es la cultura?

CONCEPTO DE CULTURA

Hay diferentes definiciones o conceptos de lo que es la cultura.

McEnteen (1998) menciona que desde el punto de vista etimológico, la palabra "cultura" viene del latín *colere* (cultivar). Para Silva (1998) cultura deriva de la palabra latina *cultura* que significa originalmente agricultura; *agriculturae* son las diversas formas de cultivar el campo, y *culto* quiere decir cultivado.

Lozano (1994) indica que la cultura se puede definir como la conducta que los miembros de una sociedad han observado y está basada en principios comunes, por tanto en un sentido general la cultura será un conjunto de realizaciones y formas de pensar y vivir que caracteriza a una época determinada.

Para los antropólogos, sociólogos, psicólogos, historiadores y otros científicos sociales, la palabra *cultura* comprende todas las formas de comportamiento social creadas o adquiridas, que incluye los modelos pautados de pensar, de sentir, de actuar y de creer de los grupos humanos, es decir, la manera total de vivir de las sociedades y de

cómo éstas se adaptan al medio en que viven y de alguna manera logran transformarlo (Silva, 1998).

Dentro del sistema cultural que otorga identidad a una sociedad, algunos valores son fundamentales y están claramente establecidos, mientras que otros tienen un carácter más difuso: son importantes pero no vitales para la integridad social. El concepto de cultura se refiere a los valores que los miembros de un grupo social dado comparten, a las normas que acatan y a los bienes materiales que crean (Puga, Peschard, Castro; 2003).

Vívelo (citado por McEnteen, 1998) menciona que hay dos perspectivas sobre la cultura. La perspectiva antropológica tradicional, la que él llama "totalista" define la cultura como "un mecanismo de adaptación: la totalidad de herramientas, actos, pensamientos e instituciones por medio de las cuales una población se mantiene". La otra perspectiva, la nombra "mentalista", define la cultura como "un sistema conceptual, es decir, un sistema de conocimientos y creencias compartidas con el que las personas organizan sus percepciones y experiencias, tomando decisiones y actúan".

Tomando en cuenta las dos perspectivas del significado de cultura que identificó Vívelo (McEnteen, 1998), definió este concepto como el conjunto de conductas aprendidas o, como expresa Hofstede: "la programación colectiva de la mente" que distingue un grupo humano de otro. Se transmite de una generación a otra; cambia de forma gradual y continua (McEnteen, 1998).

Sir Edward Tylor la define como "ese todo complejo que incluye creencias, arte, moral, ley, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad" (citado por Harris, 1996 y por Puga et al. 2003).

Manilowski (citado por Puga et al. 2003) señala que además de las ideas, la cultura comprende los hábitos y los valores, los artefactos heredados y los procesos técnicos.

SURGIMIENTO DE LA CULTURA

Según Álvarez (1992), el proceso de formación de la cultura se remonta al neolítico, cuando el hombre inicia el dominio de las industrias de la civilización: artefactos domésticos, tejidos, agricultura y domesticación de animales. Al igual, el autor menciona que, estas conquistas del hombre significaron siglos de observación activa y metódica, de hipótesis atrevidas y controladas, para rechazarlas o para comprobarlas por intermedio de experiencias repetidas.

En este mismo sentido, Service (1977; citado en McEnteen, 1998) explica:

(...) dentro del proceso de la evolución (...) la fase cultural rebasó a la orgánica y la inorgánica cuando las poblaciones humanas crearon nuevas formas de adaptación mutua y de adaptación al medio. Estas adaptaciones se dieron después de producirse ciertos cambios graduales (...) que hicieron posible el pensamiento simbólico y la comunicación. La capacidad de manejar símbolos originó tipos de comportamiento social nuevos en absoluto.

Para Leslie White (citado en Puga et al., 2003) la conducta humana se origina en el uso de símbolos, los cuales han hecho posible que las civilizaciones se generen, desarrollen y perpetúen.

Así, la cultura es un proceso social y colectivo que se crea y recrea, que es el producto de la herencia acumulada de generaciones anteriores, así como la respuesta de un determinado grupo social al reto que plantea la satisfacción de necesidades básicas de toda colectividad humana (Puga et al., 2003).

FUNCIÓN DE LA CULTURA

Los fenómenos culturales no son consecuencias de la sola y caprichosa inventiva de los seres humanos o del simple aprendizaje, sino que están determinados, en última instancia, por las necesidades biológicas, sociales y espirituales del hombre y por las posibilidades de satisfacerlas (Silva, 1998).

Puga et al. (2003) menciona que la cultura es la manera como los grupos sociales responden a los retos de supervivencia, y como se explican a sí mismos y a los demás en su entorno, su pasado, su presente y su futuro, además de constituir la vía de expresión de sus formas de existencia.

Al igual, para Beals y Hoijer (citados en McEnteen, 1998), la cultura como mecanismo de adaptación satisface las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales de sus miembros. Algunas de estas necesidades son:

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

- FISIOLÓGICAS: alimento y protección biológica.
- PSICOLÓGICAS: afecto, aprobación, seguridad y placer.
- SOCIALES: reglas y normas de conducta para vivir en sociedad.

La satisfacción de estas necesidades por parte de la cultura indica que la conducta de sus miembros no es aleatoria, sino que se desenvuelve según ciertos patrones observables o deducibles (McEnteen, 1998).

Por tanto, para Silva (1998), la cultura es el conjunto organizado de actitudes mediante el cual las sociedades se enfrentan al medio para transformarlo y asegurar así su adaptación y la supervivencia de la especie. Además, el autor menciona que la estabilidad de todo sistema de cultura depende, en primer lugar, de su efectividad en la adaptación, y luego, de la eficacia con que se realiza la transformación del medio que lo rodea.

La cultura cumple una función significativa: configurar y establecer el comportamiento de las personas (Cardoso 2002), pues mediante “un proceso simbólico e interpretativo... constituye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones” (Lara, Támez, Eibenschutz, Morales; 2000).

¿CÓMO SE TRANSMITE LA CULTURA?

Boyd y Silk (2000) indican que, una vez que se ha establecido la cultura es como un segundo sistema de herencia. Los mismos autores mencionan que, adquirimos los genes de nuestros padres, y adquirimos valores y creencias transmitidas culturalmente de nuestros padres, parientes, amigos, etc. Para remarcar esta semejanza, el biólogo Richard Dawkins (citado en Boyd y Silk, 2000), llama **memes** a los valores y creencias transmitidos culturalmente.

El autor también refiere que, los memes se adquieren y se transmiten poco a poco a lo largo de toda la vida de un individuo, no sólo de padres a hijos, sino de abuelos, hermanos, amigos, colegas, maestros, e incluso de fuentes completamente impersonales como los libros, la televisión e internet.

Para De la Cruz, Jociles y Piqueras (2002) la cultura de una sociedad suele ser similar, en muchos aspectos, de una generación a otra. Esto es debido, según la autora, al proceso de enculturación, lo que otros autores llaman endoculturación. La enculturación o endoculturación es: "una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar modos de pensar y comportarse tradicionales" (Harris, 1996).

Para Geertz (1973; citado en Kottak, 1997), las culturas son mecanismos de control, lo que los técnicos en ordenadores llaman programas para regir el comportamiento. Estos programas son absorbidos por las personas a través de la enculturación en tradiciones particulares.

La gente hace suyos gradualmente un sistema previamente establecido de significados y de símbolos que utilizan para definir su mundo, expresar sus sentimientos y hacer sus juicios. Luego, este sistema les ayuda a guiar su comportamiento y sus percepciones a lo largo de sus vidas (Kottak, 1997).

IMPORTANCIA DE LA CULTURA EN EL TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS CON DIABETES

Como se observó, la cultura es fundamental para comprender cómo es que las personas con diabetes forman significados, pensamientos, valores, percepciones, creencias y, por tanto, se comportan de determinada manera, incluyendo la manera en como actúan para controlar su enfermedad.

Si bien es cierto que en muchas ocasiones se pide tomar en cuenta en el tratamiento de la diabetes aspectos como la toma de medicamentos, el cambio de hábitos alimenticios o el incremento de actividad física, se ignora que estos son influidos por la cultura.

Se piensa que el no lograr el control de la enfermedad por parte de las personas se debe únicamente a que no se adhieren al tratamiento prescrito o a “no tener la suficiente fuerza de voluntad” para seguir con las indicaciones del médico.

Pero si realmente nos preguntamos y analizamos qué se encuentra más allá de esta “fuerza de voluntad” o de la falta de adherencia, encontramos como la manera de actuar por parte de las personas para lograr un control de su glucosa está, finalmente, determinada por los significados, pensamientos, percepciones y creencias que se han configurado por medio de la cultura en la cual se encuentran inmersos.

CREENCIAS DE LAS PERSONAS SOBRE SU PADECIMIENTO

Como vimos, la cultura se encarga de moldear y estructurar las creencias de las personas, sin ser la excepción las que padecen diabetes, por medio de estas creencias, perciben y, por tanto, actúan para el control de su enfermedad.

Cardoso (2002) menciona que hay patrones culturales, en Cd. Nezahualcóyotl, que configuran el comportamiento de los individuos. Indica seis de ellos:

- I. Creencias
- II. Familia

- III. Costumbres
- IV. Valores
- V. Religión
- VI. Reacciones físicas y emocionales determinadas culturalmente, ante el plan de alimentación médico para controlar la diabetes.

Para la realización de esta investigación se tomaron como referencia las creencias encontradas por el autor:

I. CREENCIAS

Las creencias se definieron como aquellas ideas sobre la naturaleza de la enfermedad, consideradas por la persona como verdaderas.

1. La diabetes es atribuida a factores emocionales.
2. La diabetes es considerada como una enfermedad que no puede prevenirse.
3. Los medicamentos son considerados la parte más importante del tratamiento de la diabetes, sólo después de experimentar los síntomas o las complicaciones.
4. Los tratamientos alternativos se consideran un complemento al tratamiento médico y no algo opuesto al mismo.
5. La diabetes no es considerada una enfermedad grave por las personas hasta que conocen las complicaciones.
6. La ingesta de alimentos (dieta) no influye en el aumento de los niveles de glucosa en sangre.
7. Los factores emocionales son la única causa en el aumento de los niveles de glucosa en sangre.
8. El cumplimiento de la dieta es considerado como un martirio.
9. La enfermedad es el conjunto de síntomas y complicaciones.
10. Se considera que alimentarse bien es comer de todo, sin restricciones en el tipo y cantidad de alimento.

Estas creencias son de gran importancia ya que las personas actúan conforme ellas, para lograr un control de su diabetes. Son la manera en que las personas perciben a su enfermedad y, por tanto, se comportan.

Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes que sirven de lente perceptual (Lazarus y Folkman, 1991).

Esta "visión", la manera en cómo se explican la diabetes, es decir, su padecimiento, influye en la manera en que las personas actúan sobre ella. Dicho de manera puntual: los aspectos culturales forman creencias y, basándose en estas percepciones, ayudan o, en contraste, obstaculizan el adecuado manejo de la diabetes.

En este mismo sentido, Villoro (1992) indica que, las creencias operan como una guía de las posibles acciones de las personas, les "dispone" a responder de determinadas maneras y no de otras. Porque al creer en un hecho, se relaciona con el mundo contando con su existencia. Por tanto, según el autor, la creencia determina una estructura general de conducta y de guía que orienta las acciones.

O como menciona Saramago (2002, p. 109-110):

Es de todos conocido, sin embargo, que la enorme carga de tradiciones, hábitos y costumbres que ocupa la mayor parte de nuestro cerebro lastra sin piedad las ideas más brillantes e innovadoras de que la parte restante todavía es capaz, y si es verdad que en algunos casos esa carga consigue equilibrar desgobiernos y desmanes de la imaginación que Dios sabe adónde nos llevarían si los dejáramos sueltos, también es verdad que con frecuencia, ésta tiene artes de reducir sutilmente a tropismos inconscientes lo que creíamos que era nuestra libertad de actuar, como una planta que no sabe por qué tiene que inclinarse hacia el lado de donde le viene la luz.

CAPÍTULO 4

PERCEPCIÓN Y CONFRONTACIÓN DE CREENCIAS

PERCEPCIÓN

La palabra percepción viene del latín *perceptio*, que significa "que recibe". Es el proceso por medio del cual, el organismo, como resultado de la excitación de los sentidos y con la intervención de otras variables, adquiere conciencia del ambiente y puede reaccionar de manera adecuada frente a objetos o acontecimientos que lo distinguen (Merani, 1979).

La Enciclopedia de la Psicología (1979), menciona que la percepción supondría, pues, toda una construcción mental, por la cual las sensaciones vividas son exteriorizadas e interpretadas. La percepción puede comprenderse partiendo del ser vivo, de sus necesidades, de sus valores. La percepción es una conducta del ser vivo enfrentado con el universo.

Cole y Scribner (1977) mencionan que, cuando los psicólogos utilizan la palabra percepción generalmente se refieren a los procesos a través del cual se experimenta y organiza la información, que básicamente es de origen sensorial; con frecuencia recalcan también que la percepción implica operaciones que actúan sobre la información, y que no se trata de una "copia directa" del mundo externo. Sin embargo, los autores indican que, el antropólogo y el lego tienden a utilizar el vocablo percepción, en un sentido más amplio, refiriéndolo no sólo a la organización de la información sensorial, sino también a fenómenos tales como la visión de la vida, del mundo, la interpretación de sucesos, etc.

FUNCIÓN DE LA PERCEPCIÓN

Perls (citado en Salama, 1988) menciona que existen dos necesidades fundamentales en el ser humano: la necesidad de sobrevivir y la necesidad de crecimiento. Llenando estas dos necesidades, nuestra percepción (de una cosa o de un acontecimiento externo a nosotros mismos) está dirigida a proporcionar un significado a la situación. Asimismo, el autor señala que, en el proceso, naturalmente, damos nuestros propios significados de acuerdo con lo más profundo de nuestras experiencias pasadas.

En este mismo sentido, Deusch y Krauss (1994) indican que la mayoría de los psicólogos sociales destacan el papel de la percepción en la comprensión de la conducta. Al igual, Asch (1952; citado en Deusch y Krauss, 1994) refiere que, el hombre adquiere conciencia de sí mismo; se orienta tanto hacia el futuro y el pasado como hacia el presente; los motivos y las metas surgen de su capacidad para percibirse y compararse con otros.

Forgus y Shulman (1979; citado en Mahoney, 1985) postulan la existencia de un programa innato para manejar la información: un programa perceptual. Los nuevos estímulos (externos o internos) ofrecen información nueva que permiten al programa innato original elaborarse y modificarse al servicio de su meta biológica, su lucha por la adaptación.

Mahoney y Freeman (1985) señalan que, actuamos en el mundo tal y como lo construimos. Uno se comporta como si el dibujo autoconstruido del mundo fuera el dibujo verdadero. Estas creencias, según los autores, guían el esfuerzo del organismo. Ofrecen la dirección y las metas de este esfuerzo. Constituyen la propia definición de la situación. "La conducta de una persona florece a partir de sus ideas" (Adler, 1964, pág. 19; citado en Mahoney y Freeman, 1985).

PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SOBRE SU DIABETES

El tema de la percepción es muy importante para el tratamiento de las personas con diabetes, pues, como se había dicho, es indispensable escuchar a las personas que padecen la enfermedad.

Ya se explicó cómo es que la cultura influye en la gente. Este aspecto cultural, no tomado en cuenta, estructura, como ya se vio, creencias sobre lo que pasa a su alrededor y, por tanto, sobre su diabetes.

Estas creencias provenientes de información asimilada culturalmente forman, a la vez, una "visión" de su enfermedad, es decir, las personas con diabetes, basándose en sus creencias, tienen una manera de percibir su enfermedad.

La gente construye lentes con las creencias transmitidas culturalmente, al colocárselos, perciben a su enfermedad según estos lentes y, así, se comporta de determinada manera para tratar y lograr un control de su enfermedad. Se habla, entonces, de que la gente explica y actúa conforme a estos lentes que trae puestos.

Así, el objetivo de la presente tesis fue cambiar las creencias, o algunos de sus contenidos, que obstaculizan o se contraponen al tratamiento de su enfermedad, es decir, tomando como referencia la anterior analogía, se modificó la información con la cual las personas elaboran sus lentes para que, al momento en que se los coloquen, perciban a su diabetes desde otro punto de vista, logrando de esta manera, coadyuvar para llegar a un control de sus niveles de glucosa.

Para lograr el cambio de creencias se utilizó la técnica de la confrontación.

CONFRONTACIÓN

Podemos encontrar algunas acepciones de confrontación. Según el Diccionario de la Lengua Española (1984):

Confrontación es el careo entre dos o más personas. Es el cotejo de una cosa con otra. Hace referencia a la simpatía y a la conformidad natural entre personas o cosas. También refiere la acción de confrontar.

Este mismo diccionario indica que, confrontar proviene del latín, *cum*, con, y *frons*, frontis, la frente, y significa carear una persona con otra; cotejar una cosa con otra, y especialmente escritos; confinar, alindar; estar o ponerse una persona o cosa frente a otra; parecerse una cosa a otra, convenir con ella; congeniar una persona con otra.

Según Singer (1969), las confrontaciones conceden importancia a la conducta y experiencia de la persona. Así, las confrontaciones le ayudan a darse cuenta de quién es y qué siente (...). El autor también menciona que, al ocuparse de la conducta y de las circunstancias actuales, las confrontaciones ayudan a la persona a captar de un modo directo y con un sentido de inmediatez, su experiencia presente. Asimismo indica que, están ideadas para ayudar a la persona a familiarizarse con la naturaleza de su experiencia.

Rokeach (1968, 1973; citado en Perlman, 1987) menciona que, la confrontación de valores, es una técnica diseñada para inducir a la gente a cambiar la importancia que conceden a ciertos valores y, por lo tanto, a afectar su conducta.

Indica que, en esencia, la confrontación de valores incluye el convencimiento de los sujetos sobre las prioridades que asignan a ciertos valores, pues estos reflejan verdades incomplementarias acerca de ellos mismos.

CONFRONTACIÓN DE LAS CREENCIAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES

Es así como, por medio de la técnica de la confrontación se cambiaron las creencias de las personas sobre su diabetes. Para esto, se realizó un programa que comprendió 10 creencias alternativas, de manera que éstas se confrontaran con las 10 creencias

encontradas por Cardoso (2002), que obstaculizaban el tratamiento institucional de la diabetes.

Es importante mencionar que nunca se pretendió eliminar las creencias transmitidas culturalmente a las personas, sobre su diabetes, sino utilizarlas como base y plataforma para la elaboración de las 10 creencias alternativas.

Estas 10 creencias alternativas manejadas como premisas tuvieron la función de brindarle alternativas a la gente sobre lo que conocen y saben sobre su enfermedad y, por tanto, lograr que percibieran a su diabetes como una oportunidad a la vida para, así, coadyuvar al control de sus niveles de glucosa en sangre.

Continuando con la analogía anteriormente hecha, no se desechó la información ni los lentes que la gente traía colocados, sino que, solamente se le brindó nueva y mayor información para ampliar su capacidad de percibir, por medio de estos lentes, y, así, finalmente, contribuir al control de su diabetes.

Capítulo 5

DUPAM: MULTIDISCIPLINA Y ATENCIÓN A LA DIABETES

Actualmente, una de las propuestas que está recibiendo mayor énfasis para el tratamiento institucional de la diabetes es brindar atención multidisciplinaria:

11.4.2 Es responsabilidad del médico preferentemente apoyado con equipo multidisciplinario a inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo (NOM-015-SSA2-1994,2001).

Se ha generado este interés por la atención multidisciplinaria debido a que, el tipo de atención disciplinaria no ha tenido los resultados esperados, ni ha sido suficiente para llegar a un control de la diabetes, baste con observarse las estadísticas de mortalidad (Secretaría de Salud, 2001).

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ), Facultad periférica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se desarrolla un programa que brinda el tipo de atención multidisciplinaria a las personas con diabetes. Este se denomina *Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM)*, el cual se encuentra albergado en la Clínica Tamaulipas. En el DUPAM participan las siguientes disciplinas: Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Nutrición, Psicología y Químico Farmacéutico Biólogo.

El DUPAM ofrece atención a las personas con diabetes desde una perspectiva multidisciplinaria. ¿Pero qué es multidisciplinaria? Se pueden encontrar distintas definiciones, y la empleada dentro del programa es:

Interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva (Cardoso, 1999, pp. 35-36).

El programa, básicamente, tiene dos ejes de estudio sobre los que gira:

- ❖ La formación profesional para la atención multidisciplinaria, y
- ❖ La atención multidisciplinaria al problema de diabetes.

Para la consecución de estos fines, el DUPAM ha creado un modelo de atención multidisciplinaria (Figura 1).

El modelo consta de cuatro etapas (Cardoso y Figueroa, 2004). En la primera, se cubren tres condiciones necesarias, antes de iniciar la atención multidisciplinaria a las personas con diabetes, se realiza un consenso sobre el concepto de multidisciplinaria y se capacita a los integrantes del equipo, tanto en el manejo de la diabetes, como en el desarrollo de habilidades multidisciplinarias. Las tres condiciones se cubren mediante el *Programa de capacitación para desarrollar habilidades multidisciplinarias para la atención a la salud* (Cardoso, 1999), elaborado por los coordinadores y responsables del programa.

En la segunda etapa se elaboran, un marco conceptual multidisciplinario sobre diabetes, y el programa de intervención con base en estrategias de atención multidisciplinaria.

En la tercera etapa, se brinda atención a las personas con diabetes. Consiste en darles la atención disciplinaria, además de realizar sesiones multidisciplinarias en donde se discute y analiza cada caso. Estas sesiones son importantes porque de éstas se

generan las estrategias de atención conforme lo requiera cada una de las personas, al igual, sirve de retroalimentación para realizar cambios en el programa de intervención.

La cuarta etapa consta de la evaluación y retroalimentación. La evaluación se realiza entre asesores y prestadores de servicio social y entre asesores, prestadores de servicio social y personas atendidas. Ambas evaluaciones se realizan en ocasiones distintas pero complementarias. En cada ocasión se evalúa por cada persona atendida: los niveles de glucosa en sangre, el estado bucal, la situación emocional y familiar. También, se realiza una revisión sobre el tratamiento aplicado, tanto disciplinario como multidisciplinario, y la instrumentación general del programa.

Con la información obtenida de estas evaluaciones, los asesores realizan una retroalimentación, tanto al programa de capacitación como al DUPAM en general.

Cabe resaltar que este modelo también ha sido creado por medio de esta retroalimentación, así como por medio de la investigación científica realizada por el mismo DUPAM, sobre la diabetes, dando todo esto como resultado un conocimiento y/o técnicas para la atención a las personas con diabetes.

Dentro de este conocimiento y técnicas está la creación de varios subprogramas, dentro de DUPAM, que han servido para atender a las personas. Es indispensable saber que estos subprogramas llevan una secuencia y son complementarios:

SUBPROGRAMA SENSIBILIZACIÓN

OBJETIVO 1: Confrontar a la persona con DM2 con su realidad como diabético haciendo presentes las complicaciones a la que se encuentra predispuesto; con el fin de involucrarlo directa y conscientemente con su enfermedad.

OBJETIVO 2: Concientizar a las personas de la importancia de controlar su glucosa, hacerlas sentir las complicaciones aun sin presentarlas para que logren diferenciar como es su vida sin las complicaciones y cómo va a ser con estas.

Este subprograma consta de sólo una sesión, y se lleva a cabo multidisciplinariamente, es decir, participan las áreas de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina y Psicología.

SUBPROGRAMA CUIDADOS PARA LA SALUD

Propósito: facilitar a los pacientes inscritos dentro del programa, a sus familiares y a los interesados; la información veraz y concreta acerca de la diabetes, por medio de pláticas informativas; utilizando herramientas pedagógicas. Además de desarrollar habilidades para el auto-cuidado por medio de talleres. Asimismo se ofrece a los asistentes a las pláticas un folleto con la información que se va a tratar en la plática, de manera que durante la sesión informativa podrá consultar este documento para ayudar a complementar la información que se les proporciona, y después de ella podrá volver a consultar los conceptos y la información en el momento que lo desee.

Estas pláticas constan de varias sesiones, en donde las áreas (Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Nutrición y Psicología) participan multidisciplinariamente.

SUBPROGRAMA EJERCICIOS Y RELAJACIÓN

Éste tiene por objetivo: capacitar a las personas con diabetes a llevar la actividad física y la relajación como un estilo de vida por medio de el entrenamiento físico y recreativo, para coadyuvar a regular sus niveles de estrés y, por tanto, de su glucosa.

El subprograma se lleva a cabo los días martes y viernes, participan las disciplinas de Enfermería, Medicina y Psicología.

SUBPROGRAMA ARQUEOLOGÍA VIVENCIAL

Tiene por objetivo: Ayudar a detectar el aprendizaje individual de las personas con diabetes, rescatando y/o identificando las estrategias psicológicas que la persona realizó para lograr el control de su enfermedad, y en caso de no haber alcanzado dicho control llegar a él mediante la creación de nuevas estrategias adquiridas a través de su propio crecimiento personal, para que de esta forma logre proyectar su propio bienestar, manteniéndose estable, con una buena calidad de vida y contrarrestando el avance de la

diabetes y sus complicaciones, cimentando así, las directrices, objetivos y medios para una vida futura significativa y feliz. Este programa se lleva a cabo en doce sesiones, por medio de ejercicios vivenciales. Participa el área de Psicología.

SUBPROGRAMA FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS

Propósito: llevar a la casa de las personas con diabetes información enfocada a sus familias con la finalidad de sensibilizar acerca del padecimiento de uno o varios de sus miembros y lograr que conozcan aspectos generales de la diabetes.

Objetivos:

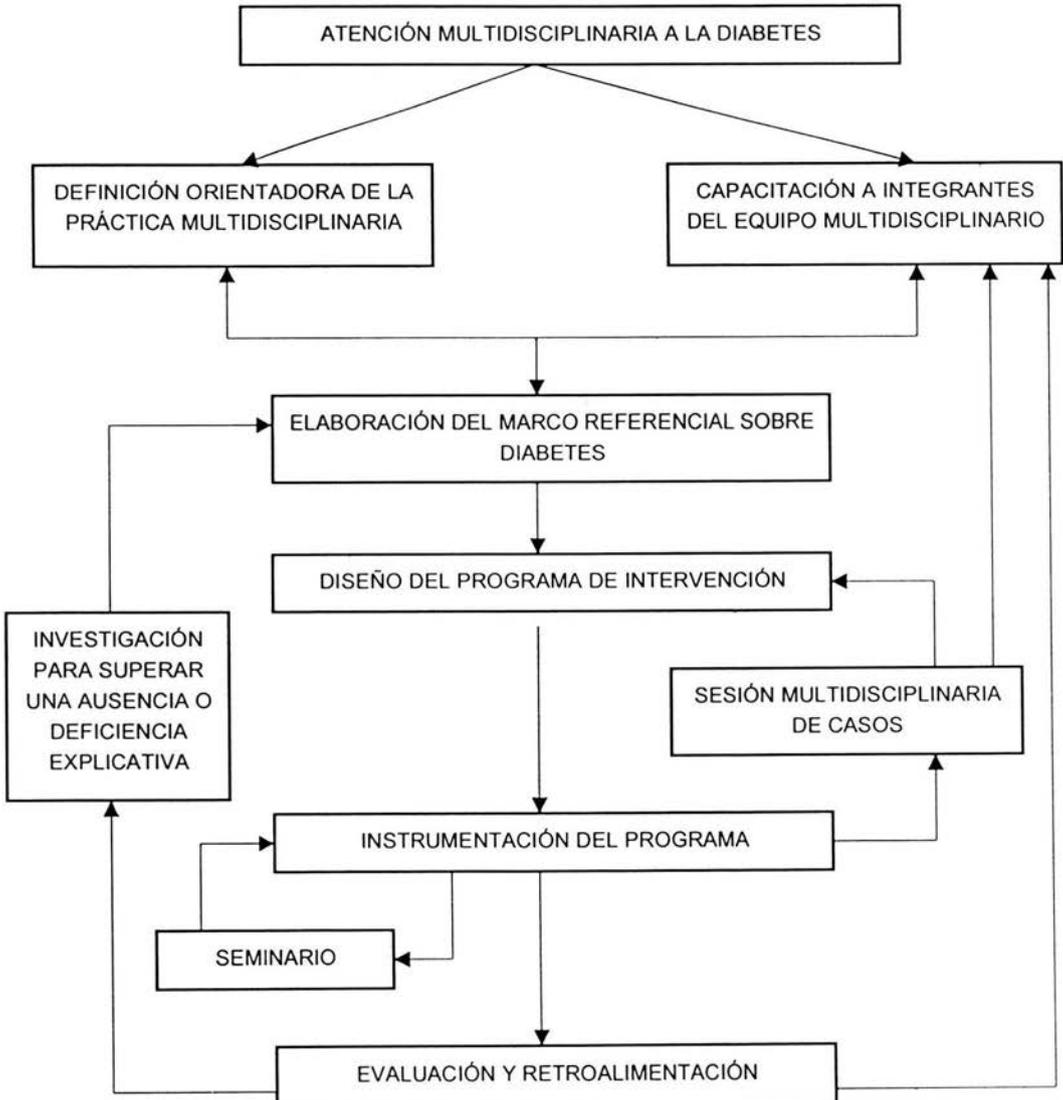
- ❖ Informar aspectos generales de la diabetes.
- ❖ Confrontar con su realidad a la familia de personas con diabetes en relación al padecimiento de uno o varios de los miembros de su familia.
- ❖ Fomentar y fortalecer la manera en la que se brinda apoyo a un familiar con diabetes.

Como se observa, la investigación es una parte sustantiva dentro del DUPAM y, por medio de ésta, se ha constatado que un factor influyente y determinante para el control de la diabetes es la cultura de la persona que padece la enfermedad. En el DUPAM se ha considerado fundamental atender este aspecto, porque, el haberlo soslayado ha contribuido a la evolución de la diabetes con todas sus nefastas complicaciones.

Es decir, una premisa fundamental derivada de la investigación, es que el control de la diabetes, además de su tratamiento institucional, requiere una modificación de la cultura. Así es como, en la presente tesis, se consideró indispensable elaborar una intervención psicológica para cambiar las creencias de las personas que obstaculizan el tratamiento de la diabetes.

DUPAM

MODELO PARA LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA A LA DIABETES



DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ
LIC. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

METODOLOGÍA

Con la finalidad de coadyuvar al control de la diabetes de las personas que asisten al DUPAM, la intervención psicológica realizada, motivo de la presente tesis, fue mediante un programa para confrontar las creencias de las personas que padecen la enfermedad. El programa consta de 10 creencias alternativas que se manejaron como premisas, las cuales contienen información nueva y reelaborada en función de las anteriores creencias de las personas con diabetes.

OBJETIVOS

- I. Cambiar en las personas, las creencias, o algunos de sus contenidos, que obstaculizan o se contraponen al tratamiento de la diabetes.
- II. Coadyuvar a las personas, a mantener su glucosa en sangre en los niveles normales.
- III. Contribuir a la prevención y control de la diabetes.

POBLACIÓN

- Personas con diabetes tipo 2
- Sin patologías agregadas
- Asistentes a DUPAM

ESCENARIO

La Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la FES Zaragoza UNAM.

PROCEDIMIENTO

Fase 1. Elaboración del programa

- ❖ Revisión bibliográfica.

❖ Elaboración de creencias alternativas, ideas centrales que fueron manejadas como premisas.

Fase 2. Aplicación del programa

❖ El programa se aplicó una vez por semana, de manera grupal.

❖ Se realizaron dos premisas por sesión.

Fase 3. Evaluación.

❖ Se transcribieron los informes verbales de las personas sobre:

1. Lo aprendido en las sesiones.
2. Cómo lo aplicaron en su vida diaria.

❖ Al final del programa, en la última sesión, se realizó una discusión con las personas, de manera grupal.

❖ Al inicio y final del programa las personas se realizaron una prueba química sanguínea para tener un registro de su glucosa.

PROGRAMA: Diabetes: una oportunidad a la vida

Objetivos Generales

1. Ofrecer a las personas con diabetes, una alternativa cognoscitiva para que observen a su enfermedad, desde una perspectiva por medio de la cual, cambien sus pensamientos y creencias sobre la diabetes.
2. Coadyuvar para que las personas con diabetes perciban su enfermedad como una oportunidad para mejorar la calidad de vida.

PREMISAS ALTERNATIVAS

Sesión 1

PREMISA 1

La enfermedad no es un obstáculo que se cruza en el camino, sino que la enfermedad en sí, es el camino por el que el individuo va hacia la curación. El padecer diabetes no

significa un obstáculo, sino una oportunidad para mejorar la calidad de vida, ya que una persona con diabetes no debe aspirar a vivir como los demás, sino los demás debemos aspirar a vivir como una persona con diabetes controlada.

Ideas clave: Oportunidad; calidad de vida; vivir con diabetes controlada

OBJETIVO:

- Ofrecer a las personas una visión alternativa de la diabetes para lograr una aceptación mayor de su enfermedad.
- Las personas con diabetes tienen un estilo de vida más saludable que las demás personas. Hacerlas conscientes de este aspecto y que lo apliquen a su familia

MATERIAL:

- Una cartulina
- Revistas
- Periódicos
- Tijeras
- Pegamento

EJERCICIO:

- ❖ Se realizó un *collage*, con las revistas y periódicos, sobre la manera en que se explicaban la diabetes. Se formaron dos equipos.
- ❖ Una vez terminado, cada equipo hizo una explicación sobre su *collage*, y se realizó una discusión de la forma en que percibían a su diabetes, contrastándola con la premisa 1.

TIEMPO:

45 minutos aproximadamente.

PREMISA 2

Existir es crear tu propia existencia. Puedes percibir a la diabetes como tu mejor amiga o como tu acérrima enemiga.

Ideas clave: existencia, vivir.

OBJETIVO:

Conscientizar a la persona de que, conforme perciba su diabetes, es como se va a sentir y la va a tratar.

EJERCICIO:

- ❖ Las personas dieron ejemplos de la percepción que tenían de la diabetes.
- ❖ Después, se realizó una discusión con ellas sobre como su percepción ha influido en la forma en que se han sentido y cómo han actuado con su enfermedad.
- ❖ Al final de la sesión se realizó una síntesis de lo visto durante la sesión. Además, antes de iniciar el programa se le solicitó apoyo a la médica del DUPAM para que mandara a las personas a realizarse una prueba química sanguínea para tener sus niveles de glucosa.

TIEMPO:

45 minutos aproximadamente.

SESIÓN 2

PREMISA 3

La alegría es a la vida, lo que la comida al control de la diabetes.

Ideas clave: Relaciones alegría-vida y comida-diabetes

OBJETIVO:

Hacer conscientes a las personas de que, cuando aprendemos a valorar las alegrías que se nos presentan en la vida, nos es más fácil vivirla y disfrutarla. De esta manera, también aprendemos que una parte esencial para el control de la diabetes es la comida, si aprendemos a valorarla y a disfrutarla podemos llegar a disfrutar la diabetes tanto como la vida.

EJERCICIO:

- ❖ Lluvia de ideas. Las personas dieron palabras o cosas con las que relacionaban la alegría y la vida.

❖ Después, se realizó una discusión sobre como cada una de estas palabras se aplican a la relación comida-diabetes.

TIEMPO:

30 minutos aproximadamente.

PREMISA 4

El control de la diabetes es una cuestión de equilibrio; de mantener un balance en aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales.

Ideas clave: equilibrio, aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales.

OBJETIVO:

Ofrecer la alternativa a las personas sobre cómo buscar equilibrio a situaciones que se le presentan.

EJERCICIO:

- ❖ Las personas brindaron situaciones que representaban una dificultad para ellas.
- ❖ Por medio de una discusión con las demás personas, se le brindaron alternativas sobre cómo resolver esa situación y qué cosas pudo realizar para no incrementar sus niveles de glucosa.
- ❖ Al final de la sesión se realizó un resumen sobre las permisias.

TIEMPO:

45 minutos aproximadamente.

SESIÓN 3

PREMISA 5

En el mundo hay ya demasiados males reales como para que todavía nos permitamos aumentarlos con otros imaginarios que, además terminan por originar, a su vez, otros males verdaderos.

Ideas Clave: Problemas imaginarios, problemas verdaderos

OBJETIVO:

Hacer conscientes a las personas de que los problemas se agravan por lo que "creemos", y que, muchas veces, agregamos pensamientos negativos a las situaciones que nos afectan causándonos un malestar mayor.

EJERCICIO:

❖ Discutir sobre ocasiones de su vida en que sus pensamientos se "hayan hecho realidad", tanto positivos como negativos.

TIEMPO:

45 minutos aproximadamente.

PREMISA 6

Somos lo que pensamos. Si continuamente pienso en males, dolores, enfermedades, me caerán encima.

Ideas clave: ¿Cuáles son mis pensamientos?

OBJETIVO:

Hacer conscientes a las personas de lo que piensan, y de cómo esto influye en la manera en como actúan en las situaciones.

EJERCICIO:

❖ Se discutió sobre sus pensamientos al comer, relajarse, al hacer ejercicio y cuáles son sus pensamientos al realizar sus actividades.

❖ Al final de la sesión se realizó una síntesis por parte de las personas sobre las premisas.

TIEMPO:

45 min. aproximadamente.

SESIÓN 4

EVALUACIÓN

➤ Durante esta sesión se realizó un repaso de las 6 primeras premisas vistas.

➤ Se realizó una evaluación de estas premisas, en la cual, las personas, de manera individual, dieron un resumen de cada una de ellas e informaron cómo las aplicaron en su vida.

SESIÓN 5

PREMISA 7

Una buena comida no depende, únicamente, de cuánto y qué se come, sino, también, de cuándo, en dónde y con quién se coma.

Ideas Clave: Qué es una buena comida, convivencia con seres queridos.

OBJETIVOS:

- Hacer a las personas conscientes de que no importa el tipo de comida que coman, sino que disfruten de la compañía de sus seres queridos, de la plática y de la unión familiar.
- Hacer que las personas disfruten realmente de la comida, incluso si se dan la oportunidad de comer algo que no puede ser tan frecuente, disfrutarlo en el momento, de manera que se sientan satisfechos con lo que comen.

MATERIAL:

1 fruta (guayaba o manzana).

EJERCICIO:

- ❖ Se realizó un ejercicio empleando algunas partes de la técnica de la relajación, con el único objetivo de hacer que las personas se concentraran en sus sensaciones y en la fruta.
- ❖ Tomaron su fruta, se concentraron en ella y en las sensaciones al tocarla, olerla, imaginarla, saborearla al morderla, masticarla varias veces, saborear el jugo, etc., de manera que disfrutaran de la fruta.
- ❖ Al final, se realizaron comentarios sobre cómo se sintieron y qué pensaron sobre el ejercicio.

TIEMPO:

1 hora aproximadamente.

OBSERVACIONES

PREMISA 8

El placer se mide por sus consecuencias secundarias.

Ideas Clave: Consecuencias secundarias

OBJETIVO:

- Hacer conscientes a las personas, de las consecuencias que pueden tener las decisiones que ellas tomen, tanto a corto como a largo plazo.
- Hacer que las personas evalúen el resultado de una acción, con referencia en sus posibles consecuencias secundarias.

EJERCICIO:

- ❖ Se preguntó a las personas sobre situaciones que hayan sucedido, en las cuales, sus acciones o decisiones hayan tenido consecuencias, tanto positivas como negativas.
- ❖ Se realizó una discusión sobre cómo el cambio de alimentación y el incremento en su actividad física les traerá consecuencias, mucho más positivas que negativas.
- ❖ Al final de la sesión se realizó un resumen de las premisas por parte de las personas.

TIEMPO:

40 minutos aproximadamente.

SESIÓN 6

PREMISA 9

Los seres humanos no nacen una vez y para siempre, el día que los parieron sus madres, sino que la vida los obliga, otra vez, y muchas más, a parirse a sí mismos.

Ideas Clave: Renacer constantemente, cambiar

OBJETIVO:

Las personas cambian conforme a las distintas situaciones, de esta manera tienen que cambiar sus pensamientos, emociones y acciones para adecuarse a los nuevos momentos de la vida.

EJERCICIO:

- ❖ Se realizó una lluvia de ideas sobre palabras o cosas que relacionaran con el nacimiento, se les preguntó, además, qué cosas aprendemos al nacer.
- ❖ Después, se realizó una discusión sobre como cada una de estas palabras se aplican al momento en que ellas saben sobre su enfermedad, ya que vuelven a nacer al presentárseles la diabetes.

TIEMPO:

40 minutos aproximadamente

PREMISA 10

Una persona con diabetes puede hacer su vida como cualquier otra, sin llegar a los excesos.

Ideas Clave: Evitar excesos

OBJETIVO:

Hacer conscientes a las personas de que, en la vida, "nada con exceso, todo con medida". Incluso, este aspecto aplica a todas las personas que no tienen diabetes.

EJERCICIO:

- ❖ Las personas hablaron sobre situaciones en las cuales, los excesos les habían causado malestares y sobre cómo, el evitar dichos excesos, les puede generar beneficios.

TIEMPO:

40 minutos aproximadamente.

SESIÓN 7

EVALUACIÓN

- Durante esta sesión se realizó un repaso de las cuatro premisas vistas.

➤ Se realizó una evaluación de estas premisas, en la cual, las personas, de manera individual, dieron un resumen de cada una de las premisas y cómo las aplicaron en su vida.

SESIÓN 8

Se realizó esta última sesión para hacer un cierre. En ésta se les dieron las gracias a las personas por asistir a este programa.

OBJETIVO:

Observar cómo las personas cambiaron, primero, sus creencias sobre la diabetes, y segundo, su percepción.

EJERCICIO:

- ❖ Se realizó una discusión, con base en la respuesta a la pregunta: *¿qué significa la diabetes para usted?*
- ❖ Al finalizar el programa, se le solicitó a las médicas de DUPAM, les prescribieran a las personas, una prueba química sanguínea, con la finalidad de contar con una referencia empírica que verificara los informes de las personas.

TIEMPO:

40 minutos aproximadamente.

RESULTADOS

En el presente estudio se pretendió cambiar, en personas con diabetes, aquellas creencias, o algunos de sus contenidos, que obstaculizaran o se contrapusieran al tratamiento de su enfermedad. Esto, mediante brindarles una alternativa cognoscitiva para que percibieran a su diabetes como una oportunidad para mejorar la calidad de vida.

A continuación, se presentan los resultados de la intervención psicológica. En primer lugar, se enlistan las personas que asistieron desde el inicio, cabe aclarar que sólo concluyeron dos, de las cinco que participaron en el programa. Después, se presentan las evaluaciones de las dos personas que tomaron todas las sesiones terapéuticas y, por último, se muestran los exámenes de química sanguínea con la finalidad de contrastarlos con los informes, de las personas, sobre los efectos de la intervención psicológica.

Al final, se presentan los resultados de las personas que no asistieron a todas las sesiones terapéuticas.

El programa inició con la participación de cinco personas:

- ❖ Amalia Álvarez Elizalde
- ❖ Amparo Cruz Reynoso
- ❖ Elvira González Román
- ❖ Gloria López Bautista
- ❖ Ma. De Lourdes Peña Flores

De las cuáles asistieron a todas las sesiones terapéuticas:

- ❖ Amalia Álvarez Elizalde
- ❖ Elvira González Román

En cuanto a las evaluaciones de cada una de las personas que tomaron todas las sesiones terapéuticas:

La señora Amalia mencionó, durante la evaluación de las primeras seis premisas: *Yo desde que llegué aquí vi que la diabetes tiene que cuidársela. He procurado cambiar mi comida, mi modo de pensar, porque antes yo pensaba en los problemas de mis hijos, en los que están, en los que no están, ahora ya no me afecta tanto, ahora pienso que si están bien. Yo solo vivía para ellos y me olvidaba de mí. Hay cosas que no puedo arreglar, procuro más pensar en mí, en cuidarme. En todo me procuro cuidar, comida, alimentos. Aunque a veces se sale de mi control, pero pocas veces. Más o menos he aprendido un poco.*

Indicó que ha aplicado lo aprendido de la siguiente manera: *Procurando hacer, apegarse todo lo que puede uno a lo que nos han enseñado. Procurar cuidarse, no dedicarse a todos los demás. En los pensamientos, ahora pienso más positivo. Ya no sufro tanto por pensar que están mal [sus hijos]. Procuro pensar más en positivo y ya no tener los pensamientos de antes para dedicarme un poco más a mí, a cuidarme, a procurar estar bien.*

En la evaluación de las últimas cuatro premisas mencionó:

Para la premisa 7:

En cuanto a la comida, he procurado acordarme de todo y si, cuando como pues a veces estoy solita, otras veces con mis hijos, pero como tranquila, tomándole sabor a la comida, pensando en la tranquilidad que debe uno de tener. Me he sentido muy bien.

Para la premisa 8:

El estar tranquila con la familia y vivir bien da mucho placer y se siente uno muy bien. Y he procurado seguir y siempre me acuerdo de todo.

Para la premisa 9:

Tuvimos que aprender a vivir una vida mejor y a dejar nuestras malas costumbres, porque uno crece con malas costumbres, a veces uno se estresa demasiado y no es tanto lo que

es, sino como lo percibe uno. Y lo de los pensamientos, que las cosas no son tan difíciles como uno las está viendo. Aprende uno muchas cosas, aprende uno a vivir, a sobrevivir. Se aprende a vivir con todas las cosas que tiene uno que vivir, ya puede uno buscar sus soluciones.

Para la premisa 10:

Ya uno sabiendo lo que le hace daño, a lo que debe evitar, por eso uno se cuida más y se siente bien. Ya no dice uno como antes: ay, esta enfermedad me está matando, sino verla como una amiga, una compañera, que nos dice lo que debe hacer uno y lo que no, como yo con el dolor de piernas, porque me descuido y luego luego me duelen.

Al final de la evaluación la señora Amalia realizó el siguiente comentario:

Todo eso, ustedes nos hicieron un bien, para poder vivir con nuestra enfermedad, porque si uno quiere vivir un poquito mejor, tiene uno que poner de su parte. Porque así yo era cuando llegué, era yo desidiosa, el médico me regañaba, y ahora ya no, porque al rato las consecuencias, mi cuerpo me avisa.

La señora Elvira señaló, durante la evaluación de las primeras seis premisas:

Pues para mí el programa fue una oportunidad de vida, aprendí a vivir mejor, a saber seleccionar mis alimentos. Son muchas cosas ¿no? Pero eso de vivir mejor, ir por la alimentación, vivir mejor, para vivir con diabetes controlada y la oportunidad de aprender muchas cosas, por ejemplo, venir aquí, tener mejor comportamiento.

Aprender a vivir con mi enfermedad, aceptarla como mi amiga, mi amiga Beatriz, [Beatriz es el nombre con el que la señora Elvira bautizó a su diabetes] vivir con ella, a ir de la mano. He aprendido de ella muchas cosas, como venir a la clínica Tamaulipas, conocer a muchas compañeras, hacer ejercicios, relajaciones, compartir con todo el equipo de los de DUPAM.

He aprendido a ser feliz con todo lo que tengo. He obtenido armas o herramientas para salir adelante con mi vida, mi familia, con mis seres queridos.

Con respecto a la forma en que aplicó lo expresado, señaló:

He aprendido a controlarme, a no enojarme, dejé de llorar, no me enojo, trato de no enojarme, vivir más controlada, de no preocuparme, de tratar de vivir el presente, no preocuparme por el futuro, ir resolviendo como se van presentando las cosas, tratar de vivir lo mejor que se pueda. Entender a la gente que me rodea. La mayoría de las premisas las he aplicado.

Al final de la evaluación la señora Elvira hizo este comentario:

Es mucho lo que he aprendido aquí, en lo personal. Aprendí a hacer ejercicio, relaciones, a ser más abierta, a decir lo que siento, aunque no lo sea, es lo que siento. Aprendí muchas cosas, conocí muchos compañeros, me gusta compartir mis cosas con todos ustedes, comparto lo que pienso. Ser más alegre, porque no lo era.

En la evaluación de las últimas cuatro premisas, mencionó:

Para la premisa 7:

Disfrutarlo con la familia, con los seres queridos, a disfrutar no la cantidad que comamos, sino lo que comemos, en compañía de toda la gente que queremos, sobre todo en la familia. Sobre todo comer con ellos, compartir los alimentos que tenemos en el momento. La convivencia más que nada, charlar con ellos, yo creo no tanto lo que comemos, sino en compañía de todos los que estemos. Tratamos con cariño, con amor y respeto.

Para la premisa 8:

No excedernos, no en grandes cantidades sino ya con moderación, podemos comer de todo pero no en grandes cantidades, porque si comemos más de la cuenta, los efectos vienen después. Sin en cambio, si comemos con medida o como debemos comer, nos sentimos bien, el resultado de comer de más es sentirnos mal, no hay que comer en exceso sino lo que nos corresponde comer para no sentirnos mal.

Para la premisa 9:

Aprender a comer, volvimos a nacer el día en que nos dio la Diabetes. Tuvimos que aprender a vivir de nuevo, es como nacer porque empezamos a comer diferente, a

cambiar muchos hábitos, la alimentación, a aprender a comer porque no podíamos comer de la misma forma. Fue un cambio total porque cambiamos muchas cosas, evitar grasas, harina, muchas cosas. Aprender a comer de diferentes formas. A lo mejor la fruta la comíamos, pero nunca nos interesamos, y ahora apreciamos su sabor, su olor, aprendemos a disfrutarla. Fue un cambio total, a dejar muchos hábitos, costumbres, modo de vivir o de comer. Aprendimos a comer no en grandes cantidades, sino en cantidades moderadas.

Para la premisa 10:

Sin llegar a los excesos, no comer de más, sino comer lo que hemos aprendido a comer. Quizá podemos vivir mejor porque ya comemos con medida, ya no comemos en exceso, no comemos a llenarnos, sino a disfrutarlo, lo que nos corresponde comer, si podemos comer de todo pero no en grandes cantidades y no siempre.

Finalmente la señora Elvira concluyó:

El programa está muy bien para salir adelante con nuestra enfermedad. Para mí es muy bueno, hemos aprendido muchas cosas. Me ha servido para muchas cosas, en la forma de comer, de pensar, ver las cosas de diferente forma. Quizá mi vida era diferente a como la percibo ahorita, porque comíamos por comer, para llenarnos, no disfrutábamos lo que comíamos. Hemos aprendido a comer, a ver la vida de distinta forma. No sé si sea mejor, pero para mí es lo que percibo ahorita. Siento que veo o pienso de otra forma. Por ejemplo, tratar de vivir tranquila de no enojarme, ir resolviendo conforme se vaya presentando. Tomar las cosas más tranquila. Aprendí a hacer ejercicio, las relajaciones y a comer.

Además, las señoras explicaron cómo es que percibían a su diabetes antes de asistir a este programa, y como la percibían después de haber terminado estas sesiones.

La señora Amalia dibujó unas figuras en el pizarrón, y tomándolas como referencia, explicó:

Me sentía en una cárcel, enferma, veía todo negro cuando llegué aquí pero ahora que he aprendido a vivir con mi diabetes, ahora la siento más rosa, más tranquila, en círculos blancos porque empiezo a ver mis problemas más serenamente, ya se vivir con ella, sin presionarme, ya más tranquila. He aprendido a resolver mis problemas sin presiones.

La señora Elvira también manifestó, mediante un dibujo, la forma en que concebía a su diabetes, y la concepción desarrollada después de la intervención psicológica:
Antes de entrar aquí sentía como el peso me caía encima, como eran muchas presiones, eran muchos mis miedos. Conforme vine fueron bajando mis miedos, presiones, se me fue bajando el peso de encima.

Con la finalidad de objetivar lo subjetivo, es decir, para verificar que lo dicho por las personas influyó en el control de sus niveles de glucosa en sangre, se les realizó una química sanguínea al inicio y al final de las sesiones terapéuticas. Los datos del análisis químico se presentan a continuación:

Nombre	Nivel de glucosa INICIO	Fecha de examen	Nivel de glucosa FINAL	Fecha de examen
Amalia	137 mg/dl glucosa central	Enero 2004	114 mg/dl glucosa central	Marzo 2004
Elvira	143 mg/dl glucosa central	Enero 2004	136 mg/dl glucosa central	Marzo 2004

La persona que no participó en todas las sesiones terapéuticas, pues asistió únicamente a seis de las ocho sesiones, 1, 2, 3, 4, 7 y 8, fue Amparo Cruz Reynoso.

Con respecto a la evaluación de las primeras seis premisas, indicó que:

Para la premisa 1:

Mi enfermedad no es motivo para sentirme mal o para limitar mis alimentos, ¡no! Al contrario, controlando mis emociones y mi alimentación estoy bien. Y a parte no faltó a mis ejercicios que también incluyo en mi mejoramiento de vida.

Para la premisa 2:

Gracias a mi diabetes he mejorado mi vida, a mi nuera he terminado aceptándola como es. A los problemas he aprendido a darles la mejor salida y me siento muy bien conmigo misma.

Para la premisa 3:

Algunas veces estoy sola y otras acompañada, pero gracias a Dios a todo me he adaptado, claro que disfruto más mis alimentos cuando me acompañan mis hijos, o quien sea de mi familia, o simplemente quien sea que llegue a visitarme. Yo disfruto lo que Dios me socorre para comer.

Para la premisa 4:

Trato de tener un control balanceado de mi vida en todos los aspectos.

Para la premisa 5:

A estas alturas de mi vida, y gracias al grupo DUPAM he aprendido que no debemos ver grandes problemas donde no los hay y he dejado de hacerme males imaginarios.

Para la premisa 6:

Definitivamente no me gusta pensar que estoy enferma ni que me pasan cosas, es por eso que trato de darle solución a los problemas diarios, no me gusta mucho tener pendientes emocionales ni trabajo.

En la evaluación de las últimas cuatro premisas, indicó:

Para la premisa 7:

Para mí, una buena comida es, compartirla con mi familia o con quien me visite en ese momento y estar consciente de cuanto debo comer.

Para la premisa 8:

Yo me puedo dar el placer de comer lo que quiera, incluso abusar, pero esto va a tener un efecto secundario que me va a perjudicar. En cambio, si me doy el placer de disfrutar con medida mis alimentos obtendré un efecto secundario de bienestar.

Para la premisa 9:

Esta premisa quiere decir, que cada día volvemos a nacer porque cada día aprendemos cosas nuevas, también cada día aprendemos a comer de manera diferente a como lo hacíamos antes de ser una persona diabética, hemos aprendido a hacer ejercicios y muchas, muchas cosas más.

Para la premisa 10:

Esto quiere decir, que podemos comer de todo, como nos dice esta premisa, sin llegar a los excesos.

Finalmente, con su puño y letra, manifestó y signó su conclusión: *Yo Amparito: lucho por seguir las indicaciones de estas premisas.* (Agrega, al final, su firma).

En cuanto a la forma de concebir la diabetes antes y después de la intervención psicológica, la señora Amparo escribió:

Antes de venir al programa yo veía a la diabetes como una enfermedad mortal, o sea que pensé que pronto me iba a morir. Pero ahora he aprendido a vivir con ella y vivo bien.

Con la misma intención que en los dos casos anteriores, de objetivar lo subjetivo, se le realizó una química sanguínea al inicio y al final de las sesiones terapéuticas. Los datos del análisis químico se presentan a continuación:

Nombre	Nivel de glucosa INICIO	Fecha de examen	Nivel de glucosa FINAL	Fecha de examen
Amparo	140 mg/dl glucosa central	Noviembre/Diciembre 2003	256 mg/dl glucosa central	Marzo 2004

Las personas que no asistieron a todas las sesiones terapéuticas son:

- ❖ Gloria López Bautista
- ❖ María de Lourdes Peña Flores

Sin embargo, sí hicieron la evaluación intermedia, la cual se presenta a continuación:

- ❖ Sra. Gloria López Bautista

La forma de comer, la forma de vivir, la forma de relajarme, los ejercicios. No preocuparme por los demás, preocuparme por mí misma. Vivir para mí misma. Ser responsable por mí misma. El control de la diabetes, que la tenemos que sobrellevar como una amiga, no como una enemiga, tener relaciones alegres, vida alegre. Tener un balance, equilibrio en los aspectos de la diabetes; si me enojo, me relajo, si me alegro, tengo que alegrarme con toda mi persona.

En cuanto a la forma en que aplicó lo aprendido, señaló:

Las he vivido, las he sobrevivido, las he vivido contenta. Me relajo muy bien, ya no lloro, ya no hago corajes, y si hago corajes en un ratito trato de yo misma tranquilizarme, y no hacer caso, y olvidarme o dejarlo pasajero.

❖ Sra. María de Lourdes Peña Flores

Para la premisa 1:

Ya no como, como antes, mejorando y tratar de comer frutas, verduras, no comer grasa, caminar, hacer ejercicio, pues ahora si que ya no tener problemas y ya no tomar refresco, comer pan trato de ya no hacerlo.

Para la premisa 2:

Trato de hacer que la diabetes sea mi amiga, trato de hacer y comer sin exceso. Platico con ella y le digo que me deje comer un chocolate sintiendo que es mi más cercana amiga.

Para la premisa 3:

Siento que convivir con mi familia y mis hijos no me limita, y pensando que la comida no es ningún obstáculo para vivir con ellos.

Para la premisa 4:

He logrado controlar mi diabetes sin excesos, sin estar preocupándome de todo, recordando que en este programa me ayudan y cuidan, platicándome para bien, trato de controlarme y convivir con mis familiares, tener la mente en que la comida no es mi enemiga, tratando de compartir todo.

Para la premisa 5:

Me he controlado mucho en el aspecto de que por sentir que alguien estaba enojado conmigo, trato de comprender a las personas, trato de no molestarme por todo poniéndome tensa. Trato de comprender que no todos tenemos los mismos momentos de angustia.

Para la premisa 6:

En este programa he aprendido muchas cosas, trato de no preocuparme por motivos de dinero y no ponerme de malas, trato de vivir tranquila, llevar mi enfermedad como una amiga. También hago ejercicio, trato de relajarme de no pensar que no estoy enferma, cuando me duele la cabeza trato de relajarme para que se me baje el dolor.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las señoras que asistieron a todas las sesiones terapéuticas tuvieron un cambio en las creencias, o parte de su contenido, que tenían sobre la diabetes. Así, ahora saben que la diabetes es una enfermedad que se puede controlar y, para lograrlo, deben trabajar y ser constantes en su cuidado. Asimismo, están conscientes de que el control puede evitar el temprano apareamiento de complicaciones debidas a esta enfermedad.

Además, saben que al padecer diabetes se tiene que realizar cambios en sus hábitos alimenticios, en los de actividad física, etc., y que esto implica reaprender y, nuevamente, ser constantes, pues son herramientas principales para lograr un control de glucosa.

También han aprendido y saben que la diabetes implica ponerse mayor atención a sí mismas, tienen que pensar más en ellas y cuidarse, pues su cuerpo es el que castiga, o bien, premia sus cuidados.

Al igual, están conscientes de que el modificar su alimentación no significa que nunca van a volver a disfrutar la comida, ni tampoco que deban dejar de comer definitivamente los alimentos de su preferencia, sino que todo se trata del cuánto y cuándo deben comer ciertos alimentos. Además, de que están aprendiendo a buscar un equilibrio entre el ejercicio y su alimentación.

Con respecto al tema de la alimentación, las señoras ahora saben que una de las cosas que se disfrutaban más a la hora de la comida (desayuno, cena, etc.) es la convivencia con los seres queridos, además de que han aprendido a comer con tranquilidad y saborear sus alimentos.

Asimismo, las señoras se interesan en que su familia desarrollen estos nuevos hábitos, sirviendo ellas como ejemplo.

Todas estas creencias alternativas sobre la diabetes se encuentran vinculadas al cambio que existió en la percepción de su enfermedad, pues como ya vimos, según las creencias que las personas tengan sobre su diabetes es como van a actuar para controlarla.

Ahora, su enfermedad es concebida por ellas como una amiga o compañera que les brinda la oportunidad de llevar una mejor calidad de vida, y a evitar que se presenten sus complicaciones tempranamente.

Al igual, perciben a su diabetes como una enfermedad de la que se puede aprender mucho, como mejorar la alimentación, el hacer ejercicio, y el estar más tranquilos para vivir mejor.

Y, objetivando lo subjetivo, los resultados de sus análisis clínicos nos refuerzan que las personas llevaron a cabo estas premisas, pues se presentó una disminución en sus niveles de glucosa.

Por todo esto, parece ser que este programa titulado: *Diabetes: una oportunidad a la vida*, es una herramienta más que se brindó a las personas que participan en el DUPAM para controlar sus niveles de glucosa, es decir, se les brindó nueva y mayor información a la que ya tenían, de manera que les diera la oportunidad de conocer más a su diabetes, para facilitarles generar opciones de conductas que favorecieran al control de su glucosa.

La señora Amparo, aunque faltó a algunas sesiones terapéuticas, sí generó cambios en sus creencias y percepciones, pues ahora sabe que la diabetes se controla por medio de la alimentación y los ejercicios, así como por medio de un equilibrio de las emociones. Asimismo, la diabetes le da la oportunidad de llevar una mejor calidad de vida.

Sin embargo, al tratar de objetivar lo subjetivo, sus análisis clínicos y sus informes son contradictorios. Aparentemente esto podría indicarnos un posible fracaso de estas sesiones terapéuticas, más al investigar a fondo y escuchar el padecimiento de la señora, esto nuevamente fortalece la idea de que aspectos culturales influyen determinantemente en el tratamiento de la diabetes.

Es indispensable señalar que otro de esos factores que se deben de tomar en cuenta para el control de la diabetes es la situación económica de las personas que la padecen. La señora Amparo es claro ejemplo de ello.

Ella trabaja para mantenerse, es costurera, no recibía ningún apoyo por parte de sus hijos pues, decía, ellos también tenían problemas económicos, así que ella no les quería generar más. En los días en que se llevaban a cabo las sesiones 5 y 6 (dos semanas), dejó de asistir debido a que sus problemas económicos se agravaron, incluso, dejó de participar en todas las actividades ofrecidas por DUPAM.

Cuando regresa al programa (sesiones 7 y 8) la señora reportaba estar más aliviada, sin embargo, aún tenía ciertos problemas pues tenía que salirse temprano de los otros programas.

Actualmente, la señora decidió hablar con sus hijos, así, recibe apoyo económico por parte de ellos, además de que conserva su trabajo. De esta manera, estas circunstancias adversas le ayudaron a la señora a generar estrategias para resolver sus problemas.

En cuanto a las señoras Gloria y Lourdes, quienes sólo realizaron la evaluación de las primeras seis premisas, no terminaron el programa debido a distintas razones. La señora Gloria reportó estar lastimada de la espalda por lo que decide asistir con un "huesero", así, se presentó hasta la última sesión por lo que se canalizó al siguiente grupo de personas.

La señora Lourdes, dejó de asistir debido a que era muy probable su cambio de domicilio, por tanto, se le dejó la invitación para que regresara a DUPAM.

Una de las ventajas de estas sesiones terapéuticas es que es un programa alternativo de atención a la diabetes, pues ofrece nuevas opciones a la gente con este padecimiento, por tanto, es un recurso ofrecido para coadyuvar al control de la diabetes.

Otra ventaja observada, es que por medio de este programa se toma en cuenta a la persona que padece la enfermedad y que la vive, no sólo al organismo.

Una ventaja adicional que ofrece el presente programa a las personas con diabetes es que les brinda información nueva y, por tanto, logra que las personas conozcan a su enfermedad, desde una perspectiva distinta, más positiva, ofreciéndoles una nueva cara de la diabetes, por medio de nuevas creencias y percepciones que los lleven a una oportunidad a la vida.

Otra ventaja es que se trabaja multidisciplinariamente. Debido a que la diabetes es un problema multifactorial, demanda la participación de diversas disciplinas para su atención. Y este programa, motivo de la presente tesis, tiene, entre otras, una cualidad: al tomar como referencia los conocimientos científicos aportados por otras disciplinas, es una alternativa que permite complementar el tratamiento médico institucional para ofrecer un tratamiento integral.

En cuanto a los inconvenientes, es que se realizó una sesión por semana, por tanto, el programa duró dos meses, y las personas muchas veces, informaron que hubieran preferido fuera dos veces por semana.

CONCLUSIONES

El presupuesto que orientó el presente estudio fue que la diabetes debe ser atendida multidisciplinariamente, pues su tratamiento debe considerar otros factores además del biológico. El no haber considerado esos otros factores ha conducido a que, aún cuando se cuente con los recursos científicos y tecnológicos para su control, esta enfermedad ha evolucionado hasta llegar a convertirse en la primera causa de mortalidad en nuestro país.

Son muchos los factores que han propiciado esta condición, empero, dos de ellos, que se contemplaron como fundamentales, fueron el cultural y el psicológico. De acuerdo con Cardoso (2002), la persona con diabetes no puede controlar su enfermedad porque la cultura en la que vive no se lo permite, ya que dicha cultura configura la conducta de las personas conduciéndolos a realizar comportamientos contrarios a la prescripción médica.

Esta condición representa una disyuntiva para el enfermo: cuidar su salud a costa de ser un desadaptado social o integrarse y convivir en sociedad a costa de sacrificar su salud. Ante esta situación, en el presente estudio, se supuso que era imprescindible el que la gente se integrara a la sociedad, conforme a los cánones culturales preestablecidos, sin embargo, había que modificar solamente aquellos aspectos culturales que conducían a la persona a enfrentarse con el tratamiento médico institucional de la diabetes.

Para tal efecto, se optó por modificar aquellas creencias transmitidas culturalmente, o parte de su contenido, que conducían a la persona a tal enfrentamiento. La propuesta fue ofrecer una alternativa para que la persona percibiera su enfermedad como una oportunidad para mejorar su calidad de vida.

La intervención psicológica realizada como propuesta de la presente tesis, al parecer, es una alternativa viable para la consecución del control de la diabetes. La modificación del aspecto cultural resulta fundamental, pues mediante el cambio de las creencias y percepciones de la gente sobre su diabetes, se logra un cambio en las acciones que la gente realiza para controlar su enfermedad.

Así, observamos que no es necesario enfrentarnos y luchar contra la cultura, se trata, más bien, de actuar tal y como lo establece la misma cultura, pero modificando aquellos aspectos que obstaculizan el tratamiento médico, mediante la elaboración de creencias y percepciones alternativas que faciliten a la gente el control de su glucosa.

Por tanto, para lograr que las personas tengan y mantengan una disposición cognitiva para buscar un control de su enfermedad, es importante hacer un cambio en la percepción de su diabetes. Y para tal efecto, regular sus niveles de glucosa implica trabajar a fondo con las personas y su padecimiento, incluyendo el escucharlos y conocer sus creencias, pensamientos y percepciones que mantiene sobre su diabetes.

Sin embargo, para lograr un control de la diabetes es necesario tomar en cuenta varios aspectos adicionales, entre ellos, se encuentra la situación económica de las personas. Este factor se encuentra presente en todas y cada una de las personas que asisten a DUPAM, algunas en mayor medida, otras menos.

El aspecto económico influye determinadamente, pues rebasa las posibilidades de las personas porque es una condición fuera del ámbito de control de la gente, ya que tienen que preocuparse antes por la subsistencia inmediata que por preservar su salud.

Finalmente, la alternativa en la que se puede concebir a la diabetes, para coadyuvar al control de los niveles de glucosa, brindada por las propias personas es la siguiente:

- Ya no la vemos como enemiga que pronto nos iba a traer muchos problemas.
- Amiga.
- Nos avisa cuando no nos estamos cuidando como debiéramos.
- Ayuda a controlar los problemas, el modo de vivir y comer.
- Alguien que nos da la pauta para vivir mejor.
- Aprender a vivir con ella.
- Cambio de vida.
- Otra forma de vivir.
- Conocerla nos ha motivado a seguir adelante.
- Compañera que siempre va a estar con nosotros.
- Enfermedad que nos avisa cuando estamos mal en los alimentos, en la forma de vivir.
- Una amiga que nos avisa cuando nos estamos desviando o propasando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alpizar, S. (2001) *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
2. Álvarez, J. (1992) *el comportamiento humano según Claude Lévi-Strauss*. Ediciones MadreTierra.
3. American Diabetes Association. La diabetes y los latinos. Recuperado el 1 de septiembre de 2004 de http://www.diabetes.org/utills/printthispage.jsp?PageID=DIABETESLATINO_S_241745
4. Boyd, R.; Silk, J. (2000) *Cómo evolucionaron los humanos*. Barcelona: Ariel.
5. Cardoso, G. M. A. (2002). *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcóyotl*. Tesis doctoral. México: I.N.A.H.
6. Cardoso, G. M. A. (1999) Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. *Salud problema*. México: UAM- Xochimilco. Año 4, número 7.
7. Cardoso, G. M. A., Figueroa, R. M. E. (2004). *Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria. Proyecto PAPIME-UNAM clave en211203, México: FES Zaragoza UNAM*.
8. Cole, M. y Scribner, S. (1977) *Cultura y pensamiento. Relación de los procesos cognoscitivos con la cultura*. México: Limusa.

9. Corbin ,J. y Strauss, A. (1992). A nursing model for de chronic illness management. Based upon de trajectory framework. En p. Woog: *The chronic. Illness trajectory framework*. New york: Springer.
10. De la cruz, I.; Jociles, M.; Rivas, A.; Piqueras, A. (2002) *Introducción a la antropología para la intervención social*. Valencia: Tirant lo blanch.
11. Deutsch, M. y Krauss, R. (1994) *Teorías en psicología social*. Barcelona: Paidós.
12. *Diccionario de la lengua española*. Real academia española (1984). Madrid, tomo 1, 20 edición.
13. *Diccionario Mosby. Medicina, enfermería y ciencias de la salud* (2003). Madrid: Elsevier. Vol. 1
14. *Enciclopedia de la psicología* (1979) Psicología general. Plaza&janes, S. A.
15. Farreras, V. (1992) *Medicina interna*. Barcelona: Doyma
16. Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de psicología de la salud*, año 1, nº 7. Pp 37-38.
17. Figuerola, D. (1997). *Diabetes*. Barcelona: Masson.
18. Fundación para la diabetes. Boletín no. 20. Recuperado el 27 de mayo de 2004 de info@fundaciondiabetes.org
19. Ginarte, Y. (2003). *La adherencia terapéutica*. Recuperado el 25 de noviembre de 2004, de <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029.html>
20. Harris, M. (1996) *Antropología cultural*. Madrid. Alianza editorial.
21. Jiménez, C. (1998) *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.
22. Kottak, C. (1997) *Antropología cultural: espejo para la humanidad*. España: Mcgraw-hill/ interamericana de España.

23. Lara, N., Taméz, S., Eibenschutz, C., Morales, S. (2000). *Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos*. En: Mercado, J. y Torres, T. Comps.: análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. Guadalajara, Universidad de Guadalajara: Plaza y Valdés editores, p 97-122.
24. Lazarus, R.; Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
25. Lozano, J. (1994) *Historia de la cultura*. México: Compañía Editorial Continental.
26. Lutfey, K.; Wishner, W. (1999) Beyond "compliance" is "adherence". *Diabetes care*. Vol. 22, number 4, p. 635-639.
27. Mahoney, M.; Freeman, A. (1985) *Cognición y psicoterapia* . Barcelona: Paidós.
28. Martínez, F. (2003) *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. México: Manual Moderno.
29. Mcenteen, E. (1998). *Comunicación intercultural*. México, D. F. McGraw-hill
30. McNabb, W. (1997). Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? *Diabetes care*. Volume 20, number 2. P.215- 218.
31. Merani, A. (1979) *Diccionario de psicología*. Grijalbo.
32. Mercado, M. F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
33. Meichenbaum, D.; Turk, D. (1991) *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brower.
34. Modificación de norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2001) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página web de la secretaría de salud, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi->

- bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/ publicado en el diario oficial de la federación el 18 de enero de 2001.
35. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa OMS/54. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura los pacientes no reciben el apoyo necesario. Recuperado el 1 de septiembre de 2004 en: http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003_prsp.pdf
36. Perlman, D., Cozby P. C. (1987) *Psicología social*. México. Nueva Editorial Interamericana.
37. Puga, C., Peschard, J., Castro, T. (2003). *Hacia la sociología*. México. Editorial Pearson.
38. Salama, H. (1988) *El enfoque gestalt*. México: Manual Moderno.
39. Saramago, J. (2002) *El hombre duplicado*. Editorial Alfaguara.
40. Secretaría de Salud, (2001) Principales causas de mortalidad general, 2001, nacional. Recuperado el 4 de julio de 2003, de <http://www.salud.gob.mx>
41. Seguin, C. A. (1982) *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
42. Shils, M.; Olson, J.; Shike, M.; Ross, A. (2002) *Nutrición en salud y enfermedad*. México: McGraw-Hill, vol. II
43. Silva, F. (1998) *Antropología. Conceptos y nociones generales*. Perú: Fondo de Cultura Económica- Perú, Universidad de Lima.
44. Singer, E. (1969) *Conceptos fundamentales de psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
45. Stedman, T. (1993) *Diccionario de ciencias médicas*. Argentina: Médica Panamericana. Tomo 1.

46. Uribe, M.; López, M. (2001) *Reflexiones acerca de la salud en México*. México: Editorial Panamericana, Fundación Médica Clínica Sur.
47. Velasco, M.; Sinibaldi, J. (2001) *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
48. Villoro, I. (1992) *Creer y saber*. México: siglo XXI.
49. Zaldívar, D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. Recuperado el 25 de noviembre de 2003, de <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=article&file=article&sid=82>