



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**INTERACCIONES SOCIALES DE
PACIENTES DIABÉTICOS**

TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

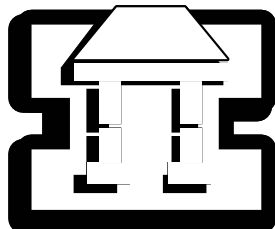
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARÍA TERESA RAMÍREZ LOREDO

COMISIÓN DICTAMINADORA:

LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
LIC. ADRIANA GUADALUPE REYES LUNA
LIC. EDY ÁVILA RAMOS





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.

-¡Amigos míos...! ¡Aceptemos que somos seres únicos en el universo...!

*Al nacer comienza para nosotros la aventura más desafiante,
más retadora: aprender a crecer, a gozar como seres humanos.*

*Así tú, como yo y como todos los hombres,
hemos nacido con las virtudes, potenciales y cualidades que
el creador nos otorgó, para lograr y conquistar
el derecho de vivir plenamente.*

*-Yo los invito a emprender la búsqueda del hombre,
que consiste en comprender y aceptar su naturaleza como "ser humano"
y poder manifestar su amor hacia sus semejantes,
a los seres vivientes y a las cosas.*

Alfonso Lara Castilla, "Vive".

¡QUÉ COSTUMBRE TAN SALVAJE!

Jaime Sábines

¡Qué costumbre tan salvaje esta de enterrar a los muertos! ¡de matarlos, de aniquilarlos, de borrarlos de la tierra! Es tratarlos alevosamente, es negarles la posibilidad de revivir.

Yo siempre estoy esperando que los muertos se levanten, que rompan el ataúd y digan alegremente: ¿por qué lloras?

Por eso me sobrecoge el entierro. Aseguran las tapas de la caja, la introducen, le ponen lajas encima, y luego tierra, tras, tras, tras, paletada tras paletada, terrones, polvo, piedras, apisonando, amacizando, ahí te quedas, de aquí ya no sales.

Me dan risa, luego, las coronas, las flores, el llanto, los besos derramados. Es una burla: ¿para qué lo enterraron?, ¿por qué no lo dejaron fuera hasta secarse, hasta que nos hablaran sus huesos de su muerte? ¿O por qué no quemarlo, o dárselo a los animales, o tirarlo a un río?

Habría de tener una casa de reposo para los muertos, ventilada, limpia, con música y con agua corriente. Lo menos dos o tres, cada día, se levantarían a vivir.

A mi padre: Anastacio Basilio Ramírez Martínez (+)

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

*Por darme vida para terminar este proyecto
Por darme la paciencia y el entendimiento y
Por darme a los padres que me dio.*

A la VIDA

*Por enseñarme cosas nuevas cada día
Por esas pruebas tan difíciles a las que he tenido que enfrentarme
Y por esos momentos de felicidad que han sido muchos.*

Gracias A MIS PADRES:

Por todo su apoyo, el cual siempre ha sido incondicional y verdadero.

A mi MADRE, Gabina Diega Loredo Cárdenas:

*Gracias por ser mi fortaleza,
Gracias por darme tu apoyo, cariño y comprensión ,
Gracias por confiar en mí , en mis planes y metas,
Eres mi vida y mi todo.*

A mi PADRE, Anastacio Basilio Ramírez Martínez(+):

*Aunque físicamente no estás conmigo,
Agradezco tu apoyo y cariño,
Papito, siempre vas a ser parte de mi,
de mis logros, pues te llevo en mi corazón,
cada una de mis metas las dedico a ti y a mi madre,
Ambos son lo más importante en mi vida.*

A AMBOS:

*Les doy las gracias por su apoyo, y por creer en mí, ésta es una prueba
de que su confianza y su esfuerzo no fue en vano.*

Gracias A MIS HERMANOS:

Felipe, Francisco, Mary y Erick, por su apoyo, su cariño y sus ánimos, gracias por creer en mi y por brindarme su cariño.

A Paula(+), Eusebio(+), y Oscar(+):

Porque gracias a ustedes aprendí que la vida hay que vivirla al máximo y que no hay que dejar cosas para mañana pues la vida se nos puede ir en un segundo.

A Isabel:

Porque además de ser mi cuñada has sido una gran amiga.

A MIS SOBRINOS:

Erick, Jacqueline, Oscar(+), Maribel, Jesús y Alejandro, por esos enojos y alegrías que me han proporcionado desde que existen

A Arturo Ramírez Mancillas (Turín)

Por ser mi apoyo y mi amigo sin condiciones.

A mi amiga Lety:

Por su cariño, por su amistad y por ser un gran ejemplo para mí.

A Normita:

Por todo lo bueno que me enseñó, por ser la maravillosa persona que es y porque gracias a ella estoy aquí disfrutando de este momento.

A José Esteban Vaquero Cázares:

Por su paciencia, su ayuda en este proyecto, por transmitirme su conocimiento y sobre todo gracias por su amistad.

A Edy Ávila Ramos:

Por ser parte de la comisión dictaminadora y por su ayuda en este proyecto

A Adriana Guadalupe Reyes Luna

Por ser parte de este proyecto.

Al Dr. Arturo Medina,

Por su apoyo y comprensión en momentos difíciles de mi vida, mil Gracias.

Al Dr. Felipe Celaya Argumerto y a la Unidad De Medicina Familiar No. 63 del Seguro Social por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación, así como a la Cirujano Dentista Catalina Pérez Bautista, al Jardín de Niños Naciones Unidas y a todas aquellas personas que cooperaron conmigo para la realización de este proyecto. Mil Gracias ya que sin ellos no hubiese podido terminarlo.

A la UNAM:

Por abrirme sus puertas y adoptarme como una más de sus hijas.

A todos ustedes ¡MIL GRACIAS!

MARÍA TERESA RAMÍREZ LOREDO.
Generación 2000 - 2003

ÍNDICE

Resumen	9
Introducción	10
Capítulo 1. La Psicología De La Salud	18
1.1. El proceso salud-enfermedad	18
1.2. La psicología de la salud	19
1.3. Diferencia entre psicología de la salud y medicina conductual	23
1.4. Antecedentes de la psicología de la salud	24
1.5. La psicología de la salud en México	27
1.6. El psicólogo de la salud en México	30
Capítulo 2. Enfermedades Crónico – Degenerativas	32
2.1. Las enfermedades crónico-degenerativas	32
2.2. Reacciones emocionales ante las enfermedades crónico- degenerativas	34
Capítulo 3. La Diabetes mellitus	38
3.1. La diabetes mellitus	38
3.2. Antecedentes de la diabetes mellitus	39
3.3. Estadísticas actuales	41
3.4. Diabetes mellitus en México	43
3.5. Tipos de diabetes mellitus	45
3.6. Síntomas de la diabetes mellitus	47
3.7. Posibles causas de la diabetes mellitus	49
3.8. Consecuencias de la diabetes mellitus	51
3.8.1. Consecuencias fisiológicas	52

3.8.2. Consecuencias psicológicas	56
3.8.3. Consecuencias sociales	56
3.9. El paciente diabético ante el diagnóstico de la enfermedad y su afrontamiento	58
3.10. El papel del psicólogo ante la diabetes mellitus	63
3.11. Adherencia terapéutica	66
Capítulo 4. El Paciente Diabético Y Sus Interacciones	70
4.1. Las interacciones familiares del paciente diabético	71
4.2. Las interacciones sociales del paciente diabético	76
4.3. Las interacciones laborales y económicas del paciente diabético	79
4.4. Las actividades recreativas del paciente diabético	82
4.5. El papel de la religión en los pacientes diabéticos	83
Capítulo 5. Investigación	85
5.1. Método	85
5.1.1. Sujetos	85
5.1.2. Materiales e instrumentos	85
5.1.3. Situación	87
5.1.4. Procedimiento	87
5.2 Resultados	88
5.3 Discusión	109
Anexos	116
Referencias Bibliográficas	123

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue investigar las interacciones de los pacientes diabéticos con su familia, amigos, conocidos, personal médico y sanitario que los atienden y demás personas con quienes se relacionan. A 104 hombres y 196 mujeres pacientes diabéticos seleccionados por el método no probabilístico de cuotas se les aplicó dos instrumentos de evaluación, una escala tipo Likert, de 65 reactivos y un instrumento de apoyo social, para conocer la forma en que se comportan, comunican y relacionan en su entorno social. Los datos sugieren que la mayoría de los pacientes diabéticos presentan interacciones sociales satisfactorias con las personas que los rodean. Se encontró que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres diabéticos en las siguientes categorías familia, entorno laboral, amigos, percepción de sí mismo, percepción de otras personas, entorno religioso, entorno médico.

Palabras Clave: Pacientes Diabéticos, Interacciones Sociales.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, ha surgido un gran interés por estudiar el estilo de vida de las personas y como éste afecta su salud. Es evidente que la carga económica que conlleva la atención a los problemas de salud, es uno de los aspectos principales que ha contribuido a que se revalore el estilo de vida y conducta en relación con el proceso de salud-enfermedad; ya que por lo general, ha sido “históricamente reducido solamente al aspecto biológico, dejando a un lado los elementos psicológicos y sociales de los individuos. De esta forma la Salud y la Enfermedad han resultado fenómenos ajenos a la sociedad que los genera” (Reyes y Arizmendi, 1987; p.13; en Vázquez, 2001)

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define el término salud como “el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad” además de considerar que la salud no es un estado sino un proceso (Vázquez, 2001).

Por su parte, Saporano (1973; en Vázquez, 2001), al hablar acerca de la salud, considera que el ritmo de vida moderna, así como los compromisos cada vez mayores y agobiantes, así como el estrés, exigen del ser humano una vida de nivel constante y elevado de eficiencia psicofísica. Por ello, las personas se ven en la necesidad de comprobar periódicamente su estado de salud o propiamente la enfermedad misma. Así, el paciente vive bajo la pesadilla continua de las enfermedades y con el miedo a un desequilibrio funcional de sus propios órganos para hacer frente a los esfuerzos que comporta la lucha diaria.

Sin embargo, Califano (1979, en Osorio 1997 en Vázquez, 2001) señala que siete de las principales causas de muerte podrían disminuir, interviniendo en conductas como el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol, el

ejercicio físico, la adherencia terapéutica y un seguimiento periódico del estado de salud. De tal forma que la presencia y ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de una persona, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Bazan, 1997; en Reyes, Garrido y Torres, 2001); asociadas a las enfermedades con factores de riesgo más importantes como las del corazón, la hipertensión, la diabetes, el hábito de fumar, el colesterol elevado, la falta de ejercicio físico y los niveles elevados de estrés.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida. La calidad de vida, la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Costa y López, 1986 en Reyes, Garrido y Torres, 2001). Por tanto, la salud del individuo no es responsabilidad únicamente del médico, sino de todo su ambiente, desde las personas más cercanas –como su familia-, hasta aquellas que se encuentran más alejadas dentro de su entorno social.

La participación de los individuos en la gestión de la salud funciona cuando obtienen resultados que les benefician y cuando, dependiendo de los resultados obtenidos, desarrollan una percepción de control y eficacia personal. Las conductas de participación y aceptación son, como muchas otras, susceptibles de ser aprendidas tanto por los individuos como por el mismo personal de salud, así como entrenadas.

La percepción del estado de salud, autoestima, actitudes frente a la salud, percepción del control, soportes sociales, expectativas de salud, percepción de costo-beneficio, convicciones, interacciones sociales y familiares, percepciones hacia los otros, son entre otras, variables que están comprometidas de diferente manera y proporción en el desarrollo y mantenimiento de la salud, en la

prevención de la enfermedad, en el proceso de la enfermedad y en el contacto que los individuos establecen, todo ello dentro del lo conocido como estilo de vida.

En los últimos años, se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, etcétera, todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (León y Zachs, 2002)

La psicología de la salud es un modelo biopsicoambiental que resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales plagas del mundo occidental. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores, de ahí la importancia de la psicología en el abordaje de enfermedades.

Matarazzo (1982; en Donker, 1991) propone la siguiente definición de psicología de la salud: “ La psicología de la salud es el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud” (p. 4)

Del mismo modo, puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria.

La psicología de la salud es un enfoque novedoso dentro de la psicología contemporánea que ha venido a revolucionar la concepción que se tenía sobre la salud y la enfermedad, dándole una descripción y explicación más psicosocial a esta dimensión, y enfatizando más en la importancia de los factores psicológicos en el desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad. Asimismo, retoma diferentes padecimientos que afectan el comportamiento del individuo de distintas formas, como por ejemplo, las enfermedades crónicas.

Ahora bien, ¿qué es una enfermedad crónica?, de acuerdo con los señalamientos de Feigenbaum (en Vázquez, 2001) en la actualidad es muy común escuchar la diversidad de enfermedades que, sin provocar un daño muy evidente, revisten gran importancia para quienes lo padecen, esta clase de enfermedades son las denominadas ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Dichas alteraciones naturales del organismo (desgaste o envejecimiento) se presentan en una etapa temprana cronológicamente. Esto se puede deber a varios factores, como: los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, factores estresantes o hereditarios. Como resultado de envejecimiento prematuro encontramos entonces que los órganos o el metabolismo en general, dejan de funcionar eficazmente, produciéndose una diversidad de padecimientos, entre ellos: la tuberculosis, el cáncer, la artritis, la diabetes, entre otros.

Las “enfermedades crónico-degenerativas se asocian con una definición “funcional” de salud. El objetivo de la atención médica ya no es atacar las causas subyacentes de la enfermedad sino disminuir el dolor, molestias y la incapacidad” Schlaepfer e Infante (1990; en Vázquez, 2001) indican que dichas enfermedades actualmente son las causantes de más del 80% de las muertes y de una fracción todavía más elevada de los casos de incapacidad total. De esta forma, una enfermedad crónica puede ser definida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente, afectando todos

los aspectos de su vida, lo cual probablemente persistirá por largo tiempo (Latorre y Beneit, 1992 en León y Zachs, 2002)

Cabe señalar, que en las enfermedades crónicas existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, tal y como sucede también en las enfermedades agudas; posteriormente, en el curso del trastorno crónico aparecen, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de “paciente crónico” y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda su vida.

De una manera u otra, todos los pacientes deben afrontar sus enfermedades, aunque la tarea no resulta fácil. De hecho, deben manejar los síntomas de la misma, conjunta con el estrés que produce la misma.

Debido a la evolución con la que cursan las enfermedades crónicas, las personas que las padecen experimentan ciertos problemas que los pacientes con enfermedades agudas no deben afrontar. Un importante impacto de las enfermedades crónicas es el modo en que las personas se perciben a sí mismas.

El mantenimiento de las relaciones personales también constituye un reto para los enfermos, ya que estas situaciones no sólo afectan a las personas que padecen la enfermedad sino también a los familiares y amigos (Moos y Schaefer, 1984 en Brannon y Feist, 2001). Cuando las personas enferman, su comportamiento suele cambiar y las relaciones y las expectativas de sus amigos y familiares varían significativamente, aún cuando el apoyo social sea un factor importante en el mantenimiento de la salud del paciente (Berkman y Syme, 1979; Wiley y Camacho, 1980 en Brannon y Feist, 2001). Estos cambios se deben, en parte, al papel que la persona enferma. Sin embargo, aquellos que padecen

enfermedades crónicas no se adaptan al papel de enfermedad como lo hacen los que experimentan trastornos agudos. Por esta razón, las enfermedades crónicas causan un impacto mayor en las familias de los pacientes con dichas enfermedades.

Entre las enfermedades crónicas más comunes se encuentra la diabetes mellitus, que es una enfermedad endocrina y metabólica crónica que se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina. La insulina es una hormona producida en el páncreas, esencial para el metabolismo de los tejidos. Hoy en día, aún cuando esta enfermedad no se puede curar, sí es posible su control, y consecuentemente, la posibilidad de reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo. Asimismo, puede ser desencadenada por una amplia variedad de factores, distinguiéndose diferentes tipos, aunque todos comparten la situación de hiperglucemia crónica motivada por un déficit o carencia de insulina. Si el estado de hiperglucemia no es controlado aparecerán múltiples complicaciones agudas y crónicas, lo cual tiene claras consecuencias sobre el bienestar del diabético, ya que pasará de ser una persona prácticamente normal que necesita ciertos cuidados, a ser un verdadero enfermo (Mussi; en Oblitas, en prensa).

Se reconocen dos tipos de diabetes, la diabetes tipo I o diabetes juvenil que afecta fundamentalmente a niños y jóvenes adultos. Se caracteriza por necesitar un aporte diario de insulina exógena. En la diabetes tipo II o diabetes del adulto, puede ocurrir que el individuo sí conserve la capacidad de producir insulina pero presentar una reacción celular a los efectos de la misma, se presenta por lo general después de los treinta años y se asocia con la obesidad (Fernández y Pérez-Álvarez, 1996).

Todos los aspectos mencionados hacen que sea indispensable la participación y apoyo social de familiares, amigos y personal sanitario para

conseguir una buena adaptación de la persona diabética a su situación. La educación sanitaria está realizando una gran labor en la información y entrenamiento para fomentar el autocontrol en la administración de la insulina, el seguimiento de una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico, pero ha dirigido menor atención a las implicaciones psicosociales de la diabetes; las cuales no son pocas, tal y como se deduce de todo lo expuesto anteriormente.

En este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo, hasta hace poco tiempo no se había aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no habían sido claramente definidas en el área de la salud, y el principal propósito es que la población en general o bien la que padece alguna enfermedad, adquiera un sentido de control sobre su enfermedad y sobre la calidad de su vida.

Con lo anterior, se puede ver que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que altera la vida de las personas que la padecen no sólo en el ámbito personal, sino también en el ámbito, social, psicológico, fisiológico, laboral y familiar, por ello, el presente trabajo tuvo por objetivo: Investigar las interacciones sociales de pacientes diabéticos.

Para cumplir con dicho objetivo se desarrollaron 5 capítulos en donde cada uno considera diferentes temáticas relacionadas con los pacientes diabéticos.

En el Capítulo 1, se aborda lo referente a la psicología de la salud, iniciando con el proceso salud enfermedad, el significado de psicología de la salud y su diferencia con la medicina conductual, sus antecedentes y su surgimiento en México, así como el surgimiento del psicólogo de la salud en nuestro país.

En el Capítulo 2, se refiere a las enfermedades crónico-degenerativas, su origen y las reacciones emocionales de los enfermos ante éstas.

En el Capítulo 3, se hace una revisión teórica en lo que respecta a la Diabetes Mellitus específicamente, su concepto, su origen, sus antecedentes, su prevalencia en México, estadísticas actuales, tipos, síntomas, posibles causas y consecuencias tanto físicas, como psicológicas y sociales, las reacciones del paciente diabético ante el diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad así como el papel del psicólogo ante la enfermedad y la adherencia terapéutica del paciente diabético.

En el Capítulo 4, se consideran las interacciones familiares, sociales, laborales, económicas y recreativas del paciente diabético así como el papel que juega la religión en su proceso salud – enfermedad.

En el capítulo 5, se presenta la investigación realizada a 300 diabéticos así como los resultados y conclusiones a las que se llegaron después del análisis de los datos.

CAPÍTULO 1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. El Proceso Salud-Enfermedad.

El estado de salud de una persona se encuentra determinado por un sinnúmero de factores de herencia, alimentación, estilos de vida, condiciones climatológicas, familia, trabajo, etcétera, considerados factores biopsicosociales (Oblitas, en prensa) por ello, la salud entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental. Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores principales: organismo, conducta y ambiente (físico y social) (Buela-Casal y Carrobles, 1996).

El término salud con el paso del tiempo ha recibido diferentes connotaciones como la establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien ha definido el término salud como, “el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad”.

Asimismo, Saporano (1973; en Vázquez, 2001) menciona que los ritmos de vida moderna, así como los compromisos mayores y agobiantes, el estrés, exigen del ser humano una vida de nivel constante y elevado de eficiencia psicofísica. Por ello se ve en la necesidad de comprobar periódicamente su estado de salud o propiamente la enfermedad misma. Así, el paciente vive bajo la pesadilla continua de las enfermedades y con el miedo a un desequilibrio funcional de sus propios órganos para hacer frente a los esfuerzos que comporta la lucha diaria.

Del mismo modo, argumenta que para poder hablar del término salud es necesario también hablar de su contraparte, es decir, la ausencia de salud o

enfermedad ya que de no existir tampoco podríamos hablar de salud. Es por ello que Saporano (1973; en Vázquez, 2001) considera a la salud y a la enfermedad como un proceso en constante afectación, es decir, un proceso bidireccional en el cual existe uno, solo por la existencia del otro.

Asimismo, Reyes y Arizmendi (1987; p.13 en Vázquez, 2001); consideran que el constructo salud-enfermedad, ha sido “históricamente reducido solamente a un proceso biológico, dejando a un lado los elementos psicológicos, los cuales se presentan en sujetos determinados. De esta forma la Salud y la Enfermedad han resultado fenómenos ajenos a la sociedad que los genera” descartando que también se pueden relacionar con los determinantes sociales y psicológicos.

Por su parte, Calderón (1989, en Vázquez, 2001) considera al proceso salud–enfermedad como sociohistórico, cuyas características particulares se hacen diferentes en cada uno de los diversos organismos puesto que se hayan determinadas por las condiciones materiales de existencia y de trabajo, los marcos culturales e ideológicos de cada comunidad, todo esto es una expresión concreta del modo de producción dominante en las diferentes formaciones sociales.

1.2. La Psicología de la Salud.

En los últimos años, se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, etcétera, todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (León y Zachs, 2002).

La psicología de la salud es un modelo biopsicoambiental que resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales plagas del mundo occidental. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores de ahí la importancia de la psicología en el abordaje de enfermedades.

En este contexto, la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido 10 objetivos prioritarios para la psicología de la salud:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de la salud.
4. Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilo de vida personales de salud.

6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas a lo que a la relación médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Por lo anterior, la definición más completa y que mejor describe la concepción actual de la psicología de la salud es la propuesta por Carroble (1993, p.1874 en Buela-Casal y Carroble, 1996) "La psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad".

Por su parte, Matarazzo (1982; en Donker, 1991) define a la psicología de la salud: como “el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud” (p. 4)

El significado de esta definición es bastante claro: cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud, o la formación de la salud es considerada dentro del campo de la psicología de la salud. Por tanto, ésta se encarga de cuestiones básicas como:

1. ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? Y ¿cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad?
2. ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y de la enfermedad?

De acuerdo con Phares (2000) muchos de los trabajos que se han realizado dentro del campo de la psicología de la salud han empleado esquemas conceptuales y teóricos que permiten conocer la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud, el papel del estrés al afectar la conducta, la representación que elaboran los pacientes, tanto de salud como de enfermedad y las maneras en cómo se enfrentan y se ajustan a las mismas. Por lo tanto, se puede considerar a la psicología de la salud como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. De esta manera los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud.

1.3. Diferencia entre Psicología de la Salud y Medicina Conductual.

El solapamiento y la falta de delimitación conceptual entre medicina conductual y psicología de la salud, puede explicarse si tenemos en cuenta que en décadas pasadas varios autores consideraron ambas expresiones como sinónimas (Donker, 1991; en Buela-Casal y Carrobles, 1996).

Sin embargo, cabe señalar que la medicina conductual es una disciplina interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación. Por tanto en la actualidad podría definirse como la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas.

Además de que existen diferencias muy marcadas con el campo de la psicología de la salud y no deben confundirse, ya que en la primera, se utiliza la aplicación de técnicas y procedimientos derivados del condicionamiento clásico y operante para intervenir en la modificación de respuestas alteradas en relación a la curación de algunas enfermedades. Su campo de intervención se relaciona con la práctica clínica y desde otro punto de vista, el modelo de medicina conductual es insuficiente para abordar los problemas actuales que se relacionan con la salud. En el caso de la segunda, parece ser un enfoque más apropiado y con grandes expectativas a futuro, ya que de acuerdo a la definición de psicología de la salud de Matarazzo, (1980, en León y Zachs, 2002), la psicología de la salud, puede intervenir en un campo más amplio, como la evaluación y diagnóstico de “comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas, a la valoración de intervenciones biopsicosociales y de los sistemas de salud” (Vega, 2002, p. 39; en León y Zachs, 2002), aunque cabe señalar que también interviene

en la promoción y mantenimiento de la salud. Siendo éste uno de los aspectos fundamentales, ya que en un futuro es la alternativa más viable para evitar algunas de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones que afectan a la población actualmente.

1.4. Antecedentes de la Psicología de la Salud.

Actualmente, ha surgido un gran interés por estudiar el estilo de vida de las personas y como este afecta su salud. Es evidente que la carga económica que conlleva la atención a los problemas de salud, es uno de los aspectos principales que ha contribuido a que se revalore el estilo de vida y conducta en relación con el proceso de salud-enfermedad.

La psicología como ciencia encargada del estudio de la conducta, tiene mucho que contribuir al campo de la salud y “la psicología de la salud se ha vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la psicología clínica” (Phares, 2000; p.457).

Por esta razón, a continuación, se revisan algunos antecedentes históricos de la psicología de la salud.

La preocupación por la salud y la enfermedad, ha existido desde que se tiene conocimiento de las primeras sociedades y se ha considerado desde siempre como una cualidad inherente al ser humano.

Se explicaba que la enfermedad tenía relación con posesiones demoníacas o de tipo espiritual y que estas fuerzas malignas controlaban a la persona. Para su curación era necesario expulsar esas fuerzas malignas del cuerpo de la persona.

Los griegos por su parte, estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban en el cuerpo. La recuperación conllevaba buscar el equilibrio entre los mismos (Becoña, Vázquez y Oblitas; 2000).

La historia de la Psicología de la Salud de los últimos tiempos es el reflejo de los cambios teóricos de la Psicología y la propia medicina del siglo XX, y, al mismo tiempo, es el producto de la incorporación rápida de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población. Como se ha señalado (Gil, León y Jarana, 1992; Grau, 1995, 1996^a, citados por Grau, 1998), este ha sido un resultado natural del propio desarrollo del modelo biomédico, con sus limitaciones actuales, del fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y comportamentales mediatizan los problemas de salud.

Cuestiones tales como: el funcionamiento y la dinámica familiar, el estilo de vida personal, las actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional, son centrales para la puesta en práctica de programas de salud a cualquier nivel. Ante la psicología se plantean crecientemente tareas concretas cada vez más diversas en el campo de la salud. En consecuencia, la Psicología de la Salud, emerge como un campo particular de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud pública contemporánea (MINSAP, 1987; en Grau, 1998).

Es importante mencionar, que los psicólogos se han interesado en las cuestiones de salud desde hace mucho tiempo. Sin embargo, el movimiento más importante que se puede identificar dentro de la psicología, como psicología de la salud se presenta a finales de la década de 1970. Desde entonces el crecimiento del movimiento llamado psicología de la salud ha sido sorprendente. Existen diversos factores que explican el surgimiento de la misma. De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), uno de los factores importantes fue el cambio en la concepción del término salud y tener buena salud. Tradicionalmente, hemos entendido que la salud es la ausencia de enfermedad. Posteriormente, se ha acordado que este concepto debe entenderse más ampliamente como “un completo estado de bienestar físico, mental y social”. Es pertinente destacar que con este cambio conceptual, surge la incorporación de los aspectos psicológicos en el campo de la salud.

Pero, tan frenético ha sido el ritmo de actividad que raramente los psicólogos de la salud se han detenido a evaluar la magnitud total de su impacto y la relevancia de su quehacer en los complejos contextos de la atención integral a la salud. La verticalización en la acción cotidiana de los psicólogos de la salud ha limitado, en cierta medida, disponer de una visión más global de este campo emergente.

Por ser un enfoque novedoso dentro de la psicología contemporánea, la psicología de la salud ha venido a revolucionar la concepción que se tenía sobre la salud y la enfermedad, dándole una descripción y explicación más psicosocial a esta dimensión, y enfatizando más en la importancia de los factores psicológicos en el desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad.

1.5. La Psicología de la Salud en México.

Como en otros campos, el desarrollo de la Psicología de la Salud en los diferentes países no ha sido uniforme, ya que algunos cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros es aún incipiente y en otros más aún no se inicia. Sin embargo, también es claro que, a pesar de estas desigualdades y como ha ocurrido en otras regiones del mundo, ningún otro campo de la psicología ha experimentado avances en tampoco tiempo.

De acuerdo con Bazán (1998), en México se puede apreciar la integración de un sistema encargado de la salud desde la época prehispánica, aunque no propiamente en términos psicológicos, que dan pauta a la conformación de la psicología de la salud. El sistema religioso que atendía las necesidades de la población, veía en las enfermedades a la expresión del mal, castigo de los dioses o brujería, aplicando los remedios naturales, para solucionar estas situaciones, teniendo una práctica mágico religiosa para la salud, otorgada a través de sacerdotes, brujos y hechiceros.

Durante la colonia la atención de la salud estuvo a cargo de organizaciones religiosas, conforme al modelo medieval de caridad y atención. Hacia el siglo XVII y XVIII, se crean y pasan a formar parte de la corona española, algunas instituciones que por su situación económica, no pueden seguir con el patrocinio exclusivo del clero, a esta organización, se le llamo "protomedicato".

Este mismo modelo colonial prevaleció hasta el periodo de independencia. La misma organización fue utilizada y mejorada durante la Guerra de Reforma, continuando básicamente con el mismo esquema hasta finales del siglo XX.

Ya en el siglo XX, se iniciaron mejoras para crear un sistema oficial de atención a la sanidad e higiene de la población, así como la creación de hospitales

modernos, lo que no se reflejaba en el tipo de enfoque de la salud, ya que este se establecía a partir de los conocimientos de la medicina tradicionalista.

Hacia finales de 1930, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Durante los años 40s, debido al gran auge industrial nacional, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dirigido a la clase trabajadora. Al igual que la clase trabajadora, la burocracia creció, ameritando su respectiva atención, por lo cual se creó, el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los trabajadores del Estado, (ISSSTE). Durante los 50s, el IMSS creó el primer Centro Médico, en el Hospital de la Raza, y en los 60s, el Centro Médico Nacional, con el fin de concentrar sus recursos de alto nivel, en un solo sitio, mientras que el ISSSTE refuerza su estructura, formando una unidad de alto nivel de especialidad que proveía las bases del patrimonio de la salud de las personas.

En México, algunos psicólogos a principios del siglo se entrenaban en las escuelas de medicina, leyes o filosofía porque no existía un programa de estudios diseñado exclusivamente para la psicología. Es hasta el año de 1960, que la Universidad Nacional Autónoma de México establece tres niveles en el campo de la psicología 1) a nivel profesional, que es cumplido por un mínimo de cuatro años y medio de instrucción especializada, 2) un nivel de maestro diseñado para enseñanza de la psicología; 3) doctorado para entrenar a especialistas en campos científicos y profesionales. No fue sino hasta 1973 que la facultad de psicología se tornó independiente, así, otras instituciones comenzaron a desarrollar planes de estudio con el fin de obtener la licenciatura en psicología, de acuerdo a esto se obtiene el reconocimiento oficial de la psicología por la dirección general de profesiones (Díaz-Guerrero, 1980, Valderrama, 1985; en Hernández y Rojas, 1998).

Asimismo, en la década de los 80's surgen algunas asociaciones de psicología como la Sociedad Mexicana de Psicología, la Sociedad de Psicología

Clínica y revistas como la revista de Psicología y la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta.

En México, en 1986 surge el primer programa de formación de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas, es decir, el programa académico es universitario de nivel maestría en la facultad de psicología de la UNAM, empleando campos clínicos de las instituciones del sector salud, para el desarrollo del programa, lo que permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención, dicho programa tuvo una duración de tres años y el residente recibe la misma beca económica que los médicos residentes (Olguín y Sánchez, 2003).

En nuestro país, la mayoría de los programas desarrollados por el sistema nacional de salud dedican a la atención y capacitación. Es así, que a partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de residencias de atención integral a la salud, en el que se forman psicólogos de la salud, con una duración de dos años y enfocado a la atención y prevención primaria (Duran, 1996; en Rodríguez y Rojas, 1996) recientemente la Universidad de Guadalajara, inició un programa de doctorado en psicología de la salud.

En 1992, México organizó el primer congreso internacional de psicología de la salud y en junio de 1996, la facultad de psicología de la UNAM llevó a cabo la conferencia latinoamericana de psicología de la salud.

Hoy en día, se encuentra material que podría vincularse con el tema de la psicología de la salud en México, sin embargo algunos de estos no se les puede considerar como representativos para el área, ya que no forman parte del interés en el trabajo del psicólogo en el ambiente médico, así mismo no se contemplan dentro de un grupo de investigación relacionados a la solución de problemas en el sector salud (Olguín y Sánchez, 2003).

1.6. El Psicólogo de la Salud en México.

Como se puede observar el desarrollo de la psicología de la salud en México ha tenido un desarrollo paulatino, no por ello, menos importante; ya que de acuerdo con Ramírez (1996; en Vega, 2002) esto se debe a que el trabajo del psicólogo no ha tenido un desarrollo importante en lo que respecta al ámbito hospitalario, como ha sido el caso de Estados Unidos y Cuba en donde ya está incluido formalmente dentro del equipo. Asimismo, expone que el Sistema Nacional de Salud en nuestro país sigue teniendo como principal interés la atención médico-curativa, mostrando poca o ninguna atención en los aspectos de programación, diseño social, prevención y calidad y calidez, particularmente en lo que respecta a la atención psicológica o al empleo de profesionistas que ayuden al cambio en el servicio médico. Por lo tanto, las funciones del psicólogo se han reducido a servir como auxiliar de otras profesiones, no otorgándole el rango de profesión, por lo que se dejan de aprovechar habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector (Urbina y Rodríguez, 1993; en Vega, 2002).

Algunos de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud de nuestro país se pretende solucionar con estrategias generales, pero no vislumbra la posibilidad real de incorporación de psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc., que se hagan cargo de programas relacionados directamente con educación para la salud, participación comunitaria, modificación organizacional de los servicios y, otros; estas estrategias y sus programas, siguen siendo dirigidos, principalmente, por profesionales de la medicina. Esto puede deberse a las fallas en la planeación de las políticas de salud que no toman en cuenta otras profesiones o que son elaborados por el personal que no tiene conocimientos relacionados con el área.

Sin embargo, actualmente el número de psicólogos interesados en dicho ámbito va en aumento, Rodríguez y Palacios (1989; en Vega, 2002) mencionan

que se lleva a cabo una maestría en Psicología Experimental en la Universidad Nacional Autónoma de México, que estableció un convenio con la Secretaría de salud, en la cual los estudiantes son capacitados como residentes de Atención Primaria para la Salud, en donde se involucran con el personal médico, desarrollan y aplican procedimientos de investigación de los patógenos conductuales de la población y diseñan modelos de intervención apropiados. Asimismo, refieren que en la actualidad están surgiendo nuevos planes de estudio en las distintas facultades de psicología españolas y mexicanas. A nivel de posgrado, por ejemplo se encuentran los programas de Doctorado en psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Como se puede apreciar el proceso salud-enfermedad ha sido desde hace mucho tiempo el centro de atención para muchos profesionales de la salud, tal es el caso de los médicos, como primera instancia, sin embargo, se ha dejado este concepto como un problema meramente físico dejando a un lado lo emocional, ahora bien, debido al surgimiento paulatino de la psicología de la salud se ha podido abordar este concepto desde otro enfoque, es decir tomando en cuenta el aspecto psicológico además del social, es en este momento cuando los psicólogos tienen un gran reto, ya que los seres humanos solemos ser muy complejos y es precisamente por esa complejidad que el proceso salud-enfermedad adquiere distintas connotaciones, pues la salud no existe sin la enfermedad y viceversa. Así mismo, la psicología de salud aborda este proceso de una forma más exitosa y profesional pues considera la salud y la enfermedad en términos psicológicos, físicos y sociales, pues cada uno de estos aspectos se relacionan entre sí.

CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

2.1. Las Enfermedades Crónico-Degenerativas.

El incremento mundial en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema prioritario de salud pública tanto por los cuantiosos recursos que se requieren para su adecuada atención como por su inexorable tendencia ascendente y la limitada disponibilidad de opciones que permiten reducir su impacto.

Feigenbaum (en Vázquez, 2001) afirma que en la actualidad es muy común escuchar la diversidad de enfermedades que, sin provocar un daño muy evidente, revisten gran importancia para quienes la padecen, esta clase de enfermedades son las denominadas ENFERMEDADES CRÓNICAS que también pueden ser definidas como aquellos trastornos orgánico-funcionales que obligan a una modificación en el modo de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su vida y lo cual probablemente persistirá por largo tiempo (Latorre y Beneit, 1992).

Asimismo, las enfermedades crónico-degenerativas, actualmente son las causantes de más del 80% de las muertes y de una fracción todavía más elevada de los casos de incapacidad total. Dichas alteraciones naturales del organismo (desgaste o envejecimiento) se presentan en una etapa temprana cronológicamente. Esto se puede deber a varios factores, como: los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, factores estresantes o hereditarios. Como resultado de envejecimiento prematuro encontramos entonces que los órganos o el metabolismo en general, dejan de funcionar eficazmente, produciéndose una

diversidad de padecimientos, entre ellos: la tuberculosis, el cáncer, la artritis, la diabetes, entre otros.

Las enfermedades crónicas, están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles en su mayoría. Knowles (1977, en León y Zachs, 2002) menciona que “nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas”. A lo que Califano (1979, en Osorio 1997 en Vázquez, 2001) argumenta siete de las principales causas de muerte podrían disminuir, interviniendo en conductas como el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol, el ejercicio físico, la adherencia terapéutica y los exámenes periódicos de salud.

De tal forma que la presencia y ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de una persona, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Matarazzo, 1980 en Osorio, 1997 en Vázquez, 2001); asociadas a las enfermedades con factores de riesgo más importantes como las del corazón, la hipertensión, la diabetes, el hábito de fumar, el colesterol elevado, la falta de ejercicio físico, y los niveles elevados de estrés.

Por ello, al retomar que el tipo de padecimiento afecta el comportamiento del individuo de distintas formas; podrían entonces considerarse las particularidades de las enfermedades crónicas.

Cabe señalar, que en las enfermedades crónicas existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, tal y como sucede también en las enfermedades agudas; posteriormente, en el curso del trastorno crónico aparecen, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de “paciente crónico” y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda

su vida y de una manera u otra, todos los pacientes deben afrontar sus enfermedades, aunque la tarea no resulta fácil. De hecho, deben manejar los síntomas de la misma, conjunta con el estrés que produce la misma.

Debido a la evolución con la que cursan las enfermedades crónicas, las personas que las padecen experimentan ciertos problemas que los pacientes con enfermedades agudas no deben afrontar. Un importante impacto de las enfermedades crónicas es el modo en que las personas se perciben a sí mismas, de ahí que las prioridades de salud para los países desarrollados se han deslizado hacia las enfermedades crónicas tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el cáncer, que tienen que ser dirigidas o entrenadas más que curadas.

Es así como el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles se integran como campo de trabajo importante de la psicología de la salud. Dejando atrás los tiempos en que el eje principal de conexión se establecía a partir de las enfermedades psicosomáticas, o los cuadros patológicos en donde los factores psicológicos no se consideraban como orígenes de deterioros orgánicos (Fernández del Valle, 1996; Grau y Martín, 1990; Grau, 1995 en Grau, 1998).

2.2. Reacciones Emocionales ante las Enfermedades Crónico- Degenerativas.

Las enfermedades crónicas de larga duración (enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, Alzheimer) en la mayoría de los casos constituyen una amenaza para la vida, pero el número de personas afectadas representa un problema importante para la medicina y la psicología de la salud, ya que estas situaciones no sólo afectan a las personas que padecen la enfermedad sino también a los familiares y amigos, ya que el mantenimiento de las relaciones personales también constituye un reto para los enfermos (Moos y Schaefer, 1984 en Brannon y Feist, 2001).

Cuando las personas enferman, su comportamiento suele cambiar y las relaciones y las expectativas de sus amigos y familiares varían significativamente, aún cuando el apoyo social sea un factor importante en el mantenimiento de la salud del paciente (Berkman y Syme, 1979; Wiley y Camacho, 1980 en Brannon y Feist, 2001). Estos cambios se deben, en parte, al papel que juega la persona enferma. Sin embargo, aquellos que padecen enfermedades crónicas no se adaptan al papel de enfermedad como lo hacen los que experimentan trastornos agudos. Por esta razón, las enfermedades crónicas causan un impacto mayor en las familias de los pacientes con dichas enfermedades.

En el caso de los adultos, las enfermedades crónicas pueden causar una redefinición de la identidad (Fife, 1994; Moos, 1994 en Brannon y Feist, 2001) y un cambio en las relaciones con otros. En los niños, también modifica la vida de toda la familia, ya que padres y hermanos intentan llevar una vida familiar normal al tiempo que deben afrontar la terapia del niño enfermo.

La relación entre las parejas casadas es también afectada cuando sea uno de los dos el que padece dicha enfermedad. Asimismo, los padres con enfermedades crónicas presentan cambios que pueden generar problemas en la relación con los hijos, asimismo el padre puede perder autoridad ante el hijo, o bien así, el padre puede pasar por alto el mal comportamiento del hijo a causa de su enfermedad. Los hijos por su parte, pueden no consultar al padre enfermo ante cualquier inquietud para no preocuparlo, aumentando con ello el aislamiento. Los hijos pequeños incluso pueden sentir culpabilidad por la enfermedad de su padre, ya que no comprenden que el desarrollo de la enfermedad no tiene nada que ver con un posible mal comportamiento suyo y puede incluso temer que su otro progenitor enferme.

El carácter crónico de estas enfermedades constituye en sí mismo un elemento susceptible de ser analizado de forma independiente. Esto supone que a

los efectos negativos que sobre la salud y el bienestar en general tiene cualquier enfermedad, se añade esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante. Si unido a esto examinamos otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc., la situación se complica aún más. El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que ésta plantea, y depende de factores como su duración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación. Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital; las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas.

Ahora bien, una de las consecuencias más marcadas de una enfermedad crónica es el desencadenamiento de un conjunto de situaciones estresantes, entre las que se encuentran la imposibilidad de curación, la incertidumbre sobre lo que sucederá a partir de ese momento, las implicaciones económicas, la posible alteración de las relaciones familiares, sociales, etc.; todo lo cual puede llegar a generar un estado de estrés crónico. Algunos autores sugieren que el estrés crónico no sólo extingue las conductas de apoyo, sino que altera rápidamente las relaciones con los miembros de la red social en la que se encuentre el paciente. Por tanto, en determinados procesos crónicos, la actitud de la persona enferma, continuamente estresada, ansiosa o preocupada, puede producir un desequilibrio de la balanza de costes y beneficios con las personas que conforman la red, lo cual provocará un distanciamiento de estos y un agravamiento de la enfermedad (Mussi, en prensa).

En resumen, las enfermedades crónico-degenerativas constituyen un tema muy importante a tratar por la psicología de la salud ya que en la actualidad han ido en aumento y en muchas ocasiones se debe al ritmo de vida tan acelerado de

las personas el cual no permite que nos preocupemos por nuestro estado de salud, sino que en la mayoría de los casos ponemos como prioridad cuestiones tales como las económicas o las sociales en el sentido de buscar quedar bien con los demás dejando de lado primero, la salud física y aunada a ella la salud emocional o psicológica que a final de cuentas están ampliamente relacionadas; es decir, procuramos solamente una parte de la salud descuidando las demás. Un ejemplo claro de las enfermedades crónicas y que actualmente está entre las primeras causas de mortalidad en nuestro país es la Diabetes Mellitus, de la cual hablaremos más ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. LA DIABETES MELLITUS

3.1. La Diabetes Mellitus.

Entre las enfermedades crónicas más comunes se encuentra la diabetes mellitus, la cual es considerada, más que una enfermedad, como “un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente asociado a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina”. La insulina es una hormona producida en el páncreas, esencial para el metabolismo de los tejidos. La diabetes puede ser desencadenada por una amplia variedad de factores, distinguiéndose diferentes tipos, aunque todos comparten la situación de hiperglucemia crónica motivada por un déficit o carencia de insulina. Si el estado de hiperglucemia no es controlado aparecerán múltiples complicaciones agudas y crónicas, lo cual tiene claras consecuencias sobre el bienestar del diabético, ya que pasará de ser una persona prácticamente normal que necesita ciertos cuidados, a ser un verdadero enfermo (Terrass, 1994).

En la actualidad la diabetes es uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas de su tratamiento y de las propias complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, neuropatías, cardiopatías, etc.) responsables, por lo demás de un alto porcentaje de muertes. Se calcula que está presente en un 1-3% de la población y alrededor de 5- 10% de los individuos con más de cuarenta años (Jarrette, 1986 en Fernández y Pérez-Álvarez, 1996). Pero, hoy en día, aún cuando esta enfermedad no se puede curar, sí es posible su control, y

consecuentemente, la posibilidad de reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo.

3.2. Antecedentes de la Diabetes Mellitus.

De acuerdo con Díaz (1993; en Vázquez, 2001) la diabetes es un padecimiento crónico, dado que es irreversible y permanece en el organismo del sujeto. Y los primeros datos de su aparición se remontan a épocas antiguas, ubicándose el Papiro de Ebers (1150 a. de JC) como uno de los primeros documentos en donde se menciona la enfermedad.

Por su parte, los egipcios y romanos ya se cuestionaban sobre el origen de la enfermedad, de sus consecuencias y utilizaban métodos efectivos de diagnóstico como la prueba de la orina.

Figuerola (1985) menciona que en 1862, Georg Ebers descubrió en una tumba de Tebas, en Egipto, un pequeño papiro que había sido escrito aproximadamente en el año 1550 a. de JC. Este documento, describía una enfermedad que se caracteriza por la abundante emisión de orina y recomienda para su tratamiento el uso de extractos de plantas.

Asimismo argumenta que los médicos hindúes describían en libros que datan del año 600 a. de JC. La existencia de unos enfermos que padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerza y emiten una orina que atrae a las hormigas por su sabor dulce. En términos parecidos se definen también los médicos chinos en libros que tienen más de dos siglos de antigüedad, ya en el siglo II a. de JC.: un médico turco, Arameos de Capadocia le dio un significado al término **diabetes** el cual significaba “pasar a través”, siendo una enfermedad en donde los pacientes nunca paran de beber agua; su vida es corta y penosa.

Además padecen náuseas, inquietud, una sed ardiente, y no tardan mucho tiempo en morir.

Durante el mismo siglo Galeno (sin fecha, en León y Zachs, 2002) interpretó que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón de retener agua, y esta idea, en cierto modo errónea, persistió durante 15 siglos.

En 1520 Von Hohenim, interpretó que la diabetes es causada por una enfermedad del riñón, el cual extrae una excesiva cantidad de sal del organismo. Posteriormente, en 1674 cuando Thomas Willis probó la orina de los diabéticos, redescubriendo que la orina tenía sabor dulce. Willis, no atribuyó este sabor dulce a la presencia de azúcar, sino a la presencia de algunas sales y ácidos. Y fue hasta 1775 cuando Mathew Dobson descubrió que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar, comprobando lo mismo en la sangre de los pacientes diabéticos.

Por otra parte, los experimentos de Claude Bernard demuestran en 1848 que el azúcar podía ser formada en el hígado y secretado en la circulación, y que este fenómeno (denominado neoglucogenesis) se produce incluso cuando la dieta está exenta de azúcar.

En 1889, existía la discusión sobre si el páncreas era o no necesario para la vida pero Minkosky comprobó después de realizar extirpaciones de páncreas en perros, que la orina tenía gran cantidad de azúcar, repitiendo en varias ocasiones el experimento, argumentó que después de la extirpación del páncreas los perros se vuelven diabéticos.

Dichos experimentos apuntaban al páncreas como principal responsable de la diabetes, aunque faltaba todavía como. Por lo que él mismo, realizó trasplantes de páncreas, lo que permitió comprobar que cuando el páncreas es de tamaño suficiente no se presentan los síntomas de la diabetes. Todo hacía suponer que el

páncreas fabricaba una sustancia (desconocida en ese entonces) que se vertía a la sangre y cuya ausencia era la responsable de la diabetes. La búsqueda de esta sustancia fue abordada por diferentes grupos de investigadores, tal es el caso de Zuelzer quién en 1908 publicó que la inyección de un extracto pancreático que él había obtenido provocaba en sus pacientes convulsiones. Y estas fueron interpretadas como un efecto tóxico, cuando lo más probable es que se tratara del síntoma de la hipoglucemia, esto ocasionó que abandonara sus experimentos al empezar la primera guerra mundial; y fue de esta manera como se empezó a realizar las primeras investigaciones acerca de la diabetes (Figuerola, 1985).

3.3. Estadísticas Actuales.

De acuerdo con un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la UNAM (Moreno, 2001) en 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años.

La existencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y así continuará; sin embargo, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo. En los países desarrollados es más frecuente en la mujer, en los países en vías de desarrollo es casi igual en ambos sexos.

En algunos países con economía consolidada es mayor de 5.6%, las cifras más altas se encuentran en Suecia (9.3%), Noruega (8.6%) Dinamarca (8.3%) y Finlandia (7.9%); habiendo otros con prevalencia menor de 3%. (Alemania, Austria, Australia, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Nueva Zelanda y Suiza). Los países europeos socialistas muestran porcentajes menores de 5%, excepto Verania (9.6%), Bielorrusia (8.92), y la

Federación Rusa (8.4). Las más altas del mundo se observan en el Medio Oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13.7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38%.

El incremento mayor se observa en China (68%) e India (59%). En Fiji (10.1%) se observó la existencia más alta en el grupo de islas y otros países asiáticos.

Los países africanos cuentan con prevalencias entre .9% y 1.6% se espera un incremento de 3 a 8 millones de casos para el año 2025.

En Latinoamérica y el Caribe el porcentaje global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento es México (7.7-12.3%) y en el mundo es la India.

Cedeño (1997; en Vázquez, 2001) presenta algunos datos epidemiológicos en los que reporta que la evolución del crecimiento demográfico ha ocasionado, un mayor número de casos de patologías crónicas y no transmisibles en la población adulta, así como patologías causadas por la violencia y accidentes a consecuencia de la modernización; de hecho, presenta un perfil de transición epidemiológica general en México de 1950 a 1993 y se observa que la diabetes es la quinta causa de mortalidad, según la Secretaría de Salud en septiembre de 1995.

Además, debe de considerarse que este problema no sólo se presenta a nivel nacional, sino también internacional, ya que ésta enfermedad se ha venido manifestando en diferentes países. Encontrando que las tasas de prevalencia e incidencia son diferentes de un país a otro, por ejemplo, en los países industrializados donde se ha producido una occidentalización de los hábitos

dietéticos (alto consumo de carbohidratos refinados, y bajo consumo de fibra en la dieta), ha aumentado la existencia de la obesidad y la diabetes.

Asimismo, dicho padecimiento es presentado a nivel mundial con índices altos en su aparición.

Por su parte King (1995; en Vázquez, 2001) reconoce que la enfermedad es una amenaza creciente para la salud pública en muchos países del mundo.

3.4. La Diabetes Mellitus en México.

De acuerdo con Moreno (2001), en México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondió a enfermedades crónico degenerativas, en 1992 llegaron al 55%. Es en la década de los años 70 cuando este incremento se hace más notable.

La mortalidad está relacionada al índice marginalidad no sólo en la magnitud sino también en el tipo de patología. La mayor proporción de muertes por enfermedades crónico-degenerativas en 1998 se observó en el área metropolitana de la ciudad de México (63.3%), seguida de la región Norte del país (60.3%), posteriormente la región Centro (47%) y la región Sur (43.7%)

Entre las enfermedades crónico degenerativas la diabetes mellitus (DM) muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa, en 1992, se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4º lugar de mortalidad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), alrededor de tres millones de personas (6.7%) entre 20 y 69 años padecen DM. La mayor parte de ellas mueren antes de los 60 años o presentan alguna

discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil años de vida saludable, después los 45 años y por discapacidad se pierden 171 mil (Escobedo y Rico, 1996).

En 1980, la diabetes mellitus fue la 9na causa de mortalidad total, desde 1997 es la 3ra causa. La mortalidad por DM ha aumentado dramáticamente en los últimos años (Barquera, Tovar, Campos, González y Rivera; 2000).

Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el D. F. se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano.

La salud de los mexicanos ha mejorado en las últimas cuatro generaciones, no obstante el progreso, las necesidades de salud de la población mexicana siguen siendo mayores que la capacidad de respuesta social.

De acuerdo con Schwebel (2001) más de 40 diabéticos mexicanos mueren cada día. Por lo menos ocho millones de mexicanos padecen diabetes mellitus y esta cifra se duplicará dentro de 25 años, cuando México tenga alrededor de once millones de diabéticos. Los índices de mortalidad aumentan en forma alarmante. No disminuyen, según las estadísticas de la Secretaría de Salud del año 2000.

Las campañas de prevención y control de ésta enfermedad son muy débiles, pero si existen. Aunque los hospitales gubernamentales y privados, así como las Asociaciones mexicanas de diabéticos, hacen esfuerzos para que los

pacientes se cuiden, éstos, en su mayoría, no lo hacen, ya que el 80% de los pacientes son diabéticos y de éstos, sólo una mínima parte se controla, lo que conllevará a una ceguera inevitable, posible amputación de algún miembro inferior o quizás el 50% de ellos requerirán de un trasplante renal en el futuro por lo que la esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres (Schwebel, 2001 y Moreno, 2001).

3.5. Tipos de Diabetes Mellitus.

Se reconocen dos tipos de diabetes. La diabetes tipo I o diabetes juvenil que afecta fundamentalmente a niños y jóvenes. Se caracteriza por necesitar un aporte diario de insulina exógena. En la diabetes tipo II o diabetes del adulto, puede ocurrir que el individuo sí conserve la capacidad de producir insulina (no es dependiente de insulina) pero presentar una reacción celular a los efectos de la misma, se presenta por lo general después de los treinta años y se asocia con la obesidad, aunque no siempre es ésta la causa (Fernández y Pérez-Álvarez, 1996).

Se han encontrado diferencias en la edad en que suele aparecer cada una de estas formas de diabetes. La diabetes tipo I normalmente surge en la infancia o adolescencia, por lo que también es denominada diabetes juvenil; mientras que la diabetes tipo II o del adulto, aparece en la edad mediana o avanzada. Aunque han sido localizadas otras muchas diferencias, la principal de ellas reside en la dependencia o no de la insulina; lo cual, no sólo plantea distinciones en el tratamiento,

sino que además, enfrenta al diabético a situaciones peculiares que demandan una atención adecuada a las características del tipo de diabetes que padece.

Las personas afectadas por la diabetes juvenil tienen que autoadministrarse la insulina que su organismo necesita. Esto provoca un fuerte rechazo inicial, puesto que supone generalmente, el tener que inyectarse insulina dos veces al día. Ante lo cual, surge miedo al dolor y a la dependencia de por vida, creencias irracionales sobre el efecto de la insulina, temor por los cambios, privaciones y las consecuencias en las relaciones familiares y sociales, etc. Todo esto afecta en menor medida al niño diabético, en cuyo caso, la responsabilidad del tratamiento recae sobre los padres, quienes se enfrentan a una situación altamente estresante. Pero el cuidado del diabético joven es aún más complicado, puesto que, a la dificultad de superar las barreras mencionadas y encontrar las dosis adecuadas de insulina, se añade la necesidad de realizar una dieta alimenticia y un tipo de ejercicio físico determinados. El equilibrio entre estos factores tiene una importancia crucial, puesto que de ello depende el que los valores de glucosa en sangre se mantengan en niveles normales; en caso contrario, el individuo diabético se enfrenta a un alto riesgo de complicaciones crónicas como retinopatías, cardiopatías y nefropatías, entre las más frecuentes (Escobedo y Rico, 1996).

El caso de los diabéticos tipo II es distinto, aunque no menos complejo. Por lo general, no necesitan la administración de insulina para su control, pero el seguimiento estricto de la dieta alimenticia adquiere un importante valor para un adecuado funcionamiento metabólico. Esto resulta bastante complicado, ya que este tipo de diabetes aparece, en muchos casos, como consecuencia de la obesidad, y de hábitos no saludables como el sedentarismo, lo que dificulta la modificación de los mismos. La adquisición de nuevos hábitos es un requisito básico para el control de la diabetes; en este sentido, la influencia del entorno

familiar, social y laboral constituye un factor altamente determinante (Mussi, en prensa).

Todos los aspectos mencionados hacen que sea indispensable la participación y apoyo social de familiares, amigos y personal sanitario para conseguir una buena adaptación de la persona diabética a su situación. La educación sanitaria está realizando una gran labor en la información y entrenamiento para fomentar el autocontrol en la administración de la insulina, el seguimiento de una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico, pero ha dirigido menor atención a las implicaciones psicosociales de la diabetes; las cuáles no son pocas, tal y como se deduce de todo lo expuesto anteriormente.

3.6. Síntomas de la Diabetes Mellitus.

Los síntomas de la diabetes son silenciosos, sus efectos pueden causar mucho dolor y discapacidad.

Dentro de este aspecto, Gavin (1998 en León y Zachs, 2002) menciona que “una vez que se diagnóstica la diabetes, los pacientes suelen admitir que efectivamente durante un periodo largo pero difícil de precisar sentían la boca más seca, requerían orinar con mayor frecuencia, en algún momento su visión fue algo borrosa y, en el caso de las mujeres, presentaban infecciones vaginales recurrentes, cabe señalar que los pacientes desconocían que estos síntomas se relacionaban con la diabetes ya que simplemente se habían acostumbrado a ellos.” (P. 5)

Además de estos síntomas se pueden presentar otros como por ejemplo:

- Piel seca e irritada.
- Entumecimiento u hormigueo de pies y manos.

- Problemas de tipo sexual.
 - Curación lenta de cortes o heridas.
 - Sed excesiva.
 - Hambre excesiva a cualquier hora.
 - Sensación de cansancio.
 - Cambios repentinos en la visión o visión borrosa.
 - Náuseas y vómitos.
 - Infecciones frecuentes, generalmente en las encías y en vías urinarias.
 - Picazón en la piel y genitales.
 - Pérdida de peso repentino y sin causa aparente.
 - Debilidad, somnolencia.
-
- Cetoacidosis diabética. El aumento de la sed y de la orina, las náuseas, la respiración profunda y rápida, el dolor abdominal, y el aliento con olor dulce son los síntomas que preceden a una pérdida gradual de la conciencia en la cetoacidosis diabética. Esto es más frecuente que ocurra en los diabéticos insulino dependientes, a menudo después de la falta de una dosis de insulina o cuando hay una infección.
-
- Coma hipoglucémico (reacción de insulina). El temblor, la debilidad o adormecimiento seguido de dolor de cabeza, confusión, desvanecimiento, doble visión o falta de coordinación son marcas claras de una reacción de insulina. A todo esto le sigue un estado como de intoxicación y eventualmente convulsiones e inconsciencia. Son necesarios cuidados urgentes.
-
- Coma hiperosmolar. Es una pérdida gradual de la conciencia, más frecuente en personas mayores en las que su diabetes no requiere inyecciones de insulina. El coma hiperosmolar aparece en conjunción o cuando aparecen otras enfermedades o un accidente.

3.7. Posibles Causas de la Diabetes Mellitus.

De alguna manera, se describen de forma separada y general los aspectos biológicos, físicos y psicológicos que afectan al paciente diabético; sin embargo, estos no operan de manera distante sino que se relacionan y se influyen; por ello puede pensarse que el padecimiento específico de la diabetes mellitus constituye un campo muy amplio de acción en el que existen múltiples variables que intervienen y aquejan al enfermo y lo hacen responder y afrontar su enfermedad de forma diferente, en base a cual área afecte o cómo se relacionen entre sí.

De acuerdo con Aguilar (1990; en Vázquez, 2001) señala como posibles causas de la diabetes mellitus las siguientes:

- Se dice que existe mayor riesgo para padecer diabetes cuando alguno (o algunos) de nuestros familiares cercanos la han padecido, esto es, tendría ya una predisposición a la enfermedad.
- Los factores ambientales, tales como la obesidad, por ser un trastorno metabólico.
- Las tensiones emocionales agudas, como el estrés, los sustos, neurosis, crisis de llanto, etcétera.
- El alcoholismo y la farmacodependencia.
- Una intervención quirúrgica que cause desequilibrios físicos y psíquicos que implican una carga emocional.
- Un tratamiento que se acompaña de un sobre esfuerzo más o menos importante (fracturas, golpes, accidentes, quemaduras).

- En el caso de las mujeres, la pubertad, el embarazo, el aborto, el parto, la menopausia, etc.
- El consumo elevado de azúcar y otros carbohidratos refinados que no tienen fibra.

Asimismo, existen procesos psicológicos inmersos en el marco general de la diabetes, dado que el ser humano no sólo es un ser biológico, sino también psicológico y social; por ello es importante tomar en cuenta estos factores en la vida del enfermo diabético, considerando además que estos elementos pueden ser los que afectan u obstaculizan la adherencia terapéutica que pueda presentar el enfermo.

La aparición de la enfermedad cambia la vida de la persona y el paciente puede afrontarlo de manera diferente, pero en la mayoría de los casos acaba siendo asumida con toda naturalidad, produciéndose en él y en su familia un fenómeno de progresiva adaptación a la nueva circunstancia personal. Claro que esto no es sencillo dado que se empiezan a manifestar una serie de situaciones que condicionan la vida diaria del diabético, como el viajar en camión o auto, el practicar algún deporte ó ir de excursión, si puede o no tomar cierto medicamento, la elección del tipo de trabajo al que puede acceder, las comidas sociales, el alcohol, el tabaco, el ir al dentista, las drogas, etc.

Con respecto a esto último, Cox (1994; en Vázquez, 2001) reconoce que mucha gente necesita pensar en un periodo de ajuste emocional antes de poder aceptar su diabetes. Mucha gente diabética puede pensar en patrones de reacciones emocionales, las cuales son similares a reacciones de congoja, donde pueden incluirse estados de shock, no creer, la negación, el enojo, la depresión y síntomas de ajuste cuando ellos se dan cuenta de que la diabetes lejos de ser el camino, mañana puede ser la perdida de un estilo de vida que fue comfortable y de

seguridad familiar. Ellos sienten la pérdida de satisfacción en las cosas, fundan miedos y temores por perder su independencia. Pero finalmente viene el estado de aceptación.

Zárate (1989) considera que la actitud del diabético ante su enfermedad varía psicológicamente en cada ser humano, pero es influida indudablemente por la edad de aparición de la enfermedad, ya que es diferente en un niño que en un joven, o en un hombre ó mujer madura; dado que cambia la visión de la vida de acuerdo a las experiencias y valores diferentes, así como la inteligencia y personalidad, las circunstancias familiares, el ambiente social, las condición de vida y finalmente vendrá ser positivamente modulada por la eficacia de la relación paciente médico.

3.8. Consecuencias de la Diabetes Mellitus.

Es importante mencionar, que inmediatamente después que los pacientes se enteran que padecen una enfermedad crónica, pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico (Moos, 1977; León y Zachs, 2002), perciben que su forma habitual de afrontar los problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente y como consecuencia de ello, frecuentemente experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones. Además de lo anterior, en alguna etapa de la enfermedad se pueden presentar reacciones críticas que son muy comunes a cualquier situación de crisis personal, entre estas podemos mencionar: mantener un equilibrio emocional no estable, imagen personal insatisfactoria, no preservación de las relaciones familiares y de amistad, etc.

Es muy frecuente que al principio de la diabetes tipo II no se presenten síntomas y cuando se presentan, puede ser de forma gradual y muy lenta lo cual

puede ocasionar muchas complicaciones serias y definitivas, llegando incluso a la muerte.

3.8.1. Consecuencias Fisiológicas.

Hablando de los problemas físicos asociados a los trastornos crónicos se pueden destacar dos tipos: por una parte, los derivados de la propia enfermedad y, por otra parte, los que surgen como consecuencia de los tratamientos médicos.

En cuanto a los primero, podemos encontrar diversos, como por ejemplo, el dolor producido por muchas enfermedades crónicas como el cáncer, los cambios metabólicos provocados por la diabetes, las dificultades respiratorias de los enfermos asmáticos, o las dificultades motoras derivadas de las lesiones en la médula espinal, los cuales suponen importantes problemas para los pacientes.

Estas consecuencias de los trastornos crónicos imponen, en muchos casos, importantes restricciones en la vida de los individuos (Latorre y Beneit, 1992).

Respecto a los problemas físicos, derivados de los tratamientos médicos prescritos para el tratamiento de las enfermedades crónicas pueden ser, de diversa índole. Dentro de estos podemos destacar a los enfermos de cáncer que reciben quimioterapia experimentando con frecuencia náuseas, vómitos, la pérdida del cabello y otros efectos desagradables; por otra parte los fármacos para la hipertensión pueden producir somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual. Los tratamientos incluyen, en ocasiones, restricciones en las actividades de los pacientes, cambio de dieta, dejar de fumar o la necesidad de ejercicio; lo que supone importantes alteraciones en muchos aspectos de la vida de los individuos (Latorre y Beneit, 1992).

A largo plazo se pueden presentar las siguientes complicaciones que se vuelven más graves en el ámbito fisiológico, pues la causan al paciente una incapacidad.

- Consecuencias visuales: Las manifestaciones de la diabetes mellitus a nivel ocular son numerosas, pudiendo afectar a cualquier parte del aparato visual. La retina es la estructura afectada con mayor frecuencia e importancia, pero tanto el segmento anterior del ojo (córnea, cristalino, iris), como el nervio óptico y los nervios oculomotores pueden verse afectados en la diabetes e incluso puede causar ceguera. Estos problemas se desarrollan sin previo aviso, siendo los más comunes las retinopatías diabéticas, en donde el paciente pierde gran visibilidad o el glaucoma en donde se presenta una gran alteración del globo ocular impidiendo la visión (SAMFYC, 1998).
- Consecuencias renales: en estas se va deteriorando el riñón al grado de llegar al trasplante o las diálisis para lograr mejorar el funcionamiento del órgano afectado (el riñón). Entre los síntomas generales de la enfermedad renal en los diabéticos están: a) que se encuentre proteína en la orina, b) presión sanguínea alta, c) hinchazón y calambres en tobillos, pies y piernas, d) orinar por la noche con mayor frecuencia, e) niveles altos de BUN y de creatinina en la sangre, f) menor necesidad de insulina o medicamentos, g) malestar por las mañanas, náuseas o vómitos, h) debilidad, palidez y anemia (González, 2004).
- Consecuencias en el corazón y de circulación. Las principales causas de los problemas del corazón y circulación son: tener presión alta y ser fumador. De esta manera, cuando existen problemas de circulación se pueden presentar ciertos síntomas, tales como: sentirse mareado, perder la vista de repente, dificultad para hablar, entumecimiento o debilidad en

cualquiera de los brazos o piernas, circulación no adecuada de la sangre en algunas partes del cuerpo. Sin embargo, los síntomas que se pueden considerar de mayor peligro son: dolor o presión en el pecho, dificultad para respirar, tobillos hinchados, latidos irregulares del corazón, así como dolores en los glúteos, o en las pantorrillas (SAMFYC, 1998).

- Consecuencias en el sistema nervioso. El daño al sistema nervioso causado por la diabetes es un problema común, ocurre cuando se tiene niveles altos de azúcar en la sangre por mucho tiempo. Algunos de los signos y síntomas que indican posible daño en los nervios incluyen dolor, ardor, hormigueo o calambres y pérdida de la sensibilidad en las manos, los brazos o las piernas. También puede causar otros síntomas serios, como sudores anormales y mareo al ponerse de pie, entre otros (León y Zachs, 2002).
- Consecuencias en los pies, se presenta el pie diabético en donde hay que tener un amplio cuidado respecto a la higiene de los pies para no contraer infecciones que en el caso de los diabéticos son de mucho peligro pues pueden llegar a generar amputaciones de las extremidades. Del mismo modo, el daño al sistema nervioso puede resultar en la pérdida de sensación en los pies, así como también puede deformar o desfigurar los pies. Estas deformaciones pueden causar opresión en algún punto de los pies, por lo que se originan ampollas, irritaciones y úlceras. Debido a la mala circulación que existe, estas lesiones tardan tiempo en sanarse lo que también puede generar mayores complicaciones incluso hasta llegar a amputarse la extremidad (León y Zachs, 2002).
- Amputaciones, en el caso de éstas, es necesario tener mucho cuidado ya que por lo general las heridas de los diabéticos tardan mucho en sanar por lo que es muy común que hayan infecciones extremas tales como la

gangrena que es una infección que se va extendiendo a lo largo del cuerpo generando mayores complicaciones. Esto debido a que puede que no exista dolor al inicio del problema por lo que suele no dársele la importancia que en realidad tiene (SAMFYC, 1998).

- Consecuencias en la piel, se pueden generar irritaciones por el contacto de algunos productos o por el polvo, el pelo de los animales, o por pelusa de alfombras, etc, para lo que es necesario acudir al médico para que sea él el que le recete algún medicamento útil para el problema (SAMFYC, 1998).
- Consecuencias dentales, debido a la ingesta de los medicamentos que se emplean para el tratamiento de la diabetes, los dientes se van afectando y se decalcifican llegando a quebrarse, estrellarse e incluso caerse por completo, para lo cual es necesario tener cuidados especiales en lo que respecta a los dentistas, ya que éstos deben ser muy cuidadosos en la utilización de los instrumentos que emplean para el tratamiento del diabético, así como de la higiene de si mismo (SAMFYC, 1999).
- Consecuencias sexuales en la mujer y en el hombre, en ambos casos hay una disminución del apetito sexual ya que los síntomas de la propia enfermedad muchas veces es mayor. En la mujer, entre los problemas más comunes están: lubricación insuficiente, incapacidad de alcanzar el orgasmo, infecciones vaginales, hipoglucemia. En el caso del hombre: disfunción eréctil o impotencia, daño en los nervios del pene, bloqueo de las arterias, aunque cabe aclarar que estos problemas no son únicos de los enfermos diabéticos, eyaculación precoz, eyaculación retardada, ausencia del placer durante el orgasmo (anorgasmia), (anafrodisia) deseo sexual inhibido, coito doloroso (dispareunia) (González, 2004).

3.8.2. Consecuencias Psicológicas.

Cabe mencionar que en cuanto a las reacciones emocionales de los enfermos crónicos podemos encontrar la negación a su enfermedad la cual funciona como un mecanismo de defensa por lo que el individuo evita tomar su enfermedad como seria y en ocasiones puede hacer como si no existiera. Respecto al miedo, este puede surgir conforme avanza su enfermedad y llegar a temer la posibilidad de morir. Asimismo, la depresión se presenta como una forma de adaptación a la enfermedad y llega por lo general en el momento en el que el enfermo comprende su enfermedad y las implicaciones de la misma.

La personalidad diabética está caracterizada por un estado de vigilancia disminuido, apatía, preocupaciones hipocondriacas, y especialmente vulnerabilidad a la depresión.

En la actualidad, no se puede sostener una concepción de personalidad separada de las condiciones sociales, patrones de conducta y procesos fisiológicos.

Sin embargo, es necesario aclarar que existen diferentes patrones de conducta que sí son característicos de los pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa, sobre las cuales se hablará en el apartado correspondiente al paciente diabético ante el diagnóstico de la enfermedad y su afrontamiento.

3.8.3. Consecuencias Sociales.

Anteriormente, se ha hecho mención a las interrupciones que se producen en las relaciones del enfermo crónico con sus redes sociales como efecto de la enfermedad. Podemos observar dos tendencias que han abordado esta cuestión. Por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo

y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren las propias redes sociales de las personas que atienden a un enfermo crónico, lo que también tendrá efectos indirectos en la relación con la persona enferma. La persona enferma tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarlo; produciéndose efectos negativos en su relación con éstas.

Algunos de los estudios que han tratado la relación entre el apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además, es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas, o valoradas determinadas fuentes de apoyo social.

Tanto el estado de enfermedad crónica como las características propias de cada enfermedad plantean unas demandas específicas de apoyo social y determinan, a su vez, las actitudes y conductas de las personas cercanas al enfermo, las cuales son en ocasiones opuestas, o no están a la altura de sus necesidades. En relación con esto, DiMatteo y Hays (1981, en Mussi, sin fecha) consideran que la seriedad o gravedad de la enfermedad de estos pacientes es uno de los aspectos más importantes de cara a su respuesta hacia diferentes formas de apoyo social.

Los resultados obtenidos en cuanto a los efectos del apoyo social en el ajuste físico a enfermedades crónicas son contradictorios, y en el mejor de los casos, poco definidos. Una de las cuestiones que ha recibido mayor atención ha sido la adherencia a los tratamientos médicos y hasta ahora, poco se han comentado los efectos del apoyo social sobre diferentes indicadores de salud física, pero también se ha analizado su influencia sobre aspectos de carácter psicológico, donde se ha visto que en determinados pacientes, el apoyo social supone un recurso que ayuda a afrontar los miedos y ambigüedades hacia la

enfermedad. En el caso de enfermedades crónicas, las personas pueden sentir que están siendo una carga, y desear aislarse, evitando pedir ayuda. Si un individuo llega a deprimirse, también esto le conducirá al aislamiento y a una reacción negativa hacia los ofrecimientos de otros. Esto se encuentra directamente relacionado con los efectos que los procesos crónicos tienen en la red de apoyo social del paciente. Así, aún cuando la primera tendencia de los miembros de la red sea la manifestación de conductas de ayuda, con el paso del tiempo es muy posible que éstas disminuyan. Además, teniendo en cuenta que las necesidades de apoyo serán muy específicas, los esfuerzos de las personas de la red social pueden ser percibidos como ineficaces; lo cual creará un sentimiento de frustración que, a su vez, generará modificaciones en el comportamiento futuro de estos sujetos hacia el enfermo.

3.9. El Paciente Diabético ante el Diagnóstico de la Enfermedad y su Afrontamiento.

Tras la revisión de las características de la Diabetes Mellitus, sus síntomas, posibles causas y consecuencias, es preciso ver con más detalle el proceso del padecimiento crónico a partir de su diagnóstico. La percepción del paciente respecto de su enfermedad, es necesario para comprender la relación que mantendrá posteriormente con la familia a lo largo de su afección.

Al notificar a un paciente crónico su actual estado de salud, es un momento que conlleva a una serie de cambios. Es de suma importancia hacerle saber al paciente la naturaleza del padecimiento y de los estragos que puede llegar a causarle. Ya que suele ocurrir como mencionan Flores y Vega (1992) que “en ocasiones no se le informa al sujeto de su gravedad, con el pretexto de la piedad, pero generalmente termina por darse cuenta al ver que su salud empeora” (p.75).

Los motivos para informar al paciente son cuatro: “1) la Ley General de Sanidad ampara el derecho a la información y son ya varias las sentencias contra profesionales por no haber informado al paciente sobre su enfermedad; 2) una persona no informada no puede tomar decisiones. Si el enfermo conoce su enfermedad y su pronóstico podrá decidir; 3) además de decisiones, respecto al proceso, podrá si lo desea y lo necesita, organizar temas laborales, familiares, etc; 4) el último y, quizá más importante motivo para informar, es el acompañamiento, si el enfermo y su entorno conoce el diagnóstico y pronóstico pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida de forma más o menos significativa” (Ayarra y Lizarraga, 2002).

Para los pacientes diabéticos existen alternativas para continuar su vida en forma satisfactoria, sin embargo, el autoconcepto del paciente se ve mermado ante la inserción de nuevos estilos de vida que deben convertirse en eventos cotidianos para el resto de su vida y esta periodicidad señala al paciente el constante enfrentamiento con su enfermedad.

Para Aramburu y Guerra (2002, en Jiménez, 2003), el autoconcepto, “es la representación de una realidad multidimensional en la que ciertas dimensiones adquieren más valor para algunos individuos, mientras que otras dimensiones resultan más relevantes para otro; el autoconcepto puede ser considerado como un reflejo de las percepciones de si mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo”.

Asimismo, expresan que el autoconcepto se nutre de la percepción de personas significativas del entorno social del paciente, y si existe congruencia en la relación entre el autoconcepto del paciente con la percepción de la familia produce el fortalecimiento de la autoestima del paciente.

Por otra parte, la diabetes al igual que muchas otras enfermedades crónicas degenerativas se refleja sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación. La impotencia sexual, la palidez, y algunos otros síntomas evidentes, hacen que el paciente tenga una percepción de su organismo poco satisfactoria, se modifica el significado del cuerpo y ello provoca aislarse del entorno social.

Gradualmente la fatiga es parte consecuente de las características del padecimiento, remitiendo al paciente a contextos que le exigen un mínimo de fuerza física hacia una comodidad que salvaguarde su integridad, el paciente se siente más seguro en casa, que en un ambiente fuera del hogar, por eso el recurre al mismo para sentirse seguro no por sentirse conforme allí. El paciente lucha con un duelo permanente que va diezmando actividades laborales, sociales y familiares. En la medida que avanza la enfermedad, el paciente adquiere expectativas distintas a un futuro útil para los suyos y para él mismo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

En las primeras etapas de la enfermedad, prácticamente puede tener una normalidad en su vida, el paciente todavía percibe una relación favorable en su autoconcepto y de los familiares también. Con el paso de la enfermedad los estragos en el cuerpo se hacen más evidentes, así como la pérdida de algunas funciones (como puede ser la vista en el caso de la diabetes) que originan controversias que desembocan en una baja autoestima. Montes y Bayle (2002; en Jiménez, 2003) manifiestan que la familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque ayudar potencia los sentimientos de inutilidad y las actitudes hostiles de los pacientes, esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. El paciente por lo general se resiste frente a la sumisión y tiene una disputa para reivindicar su propia autonomía e independencia generando una nueva disputa entre el rechazo y la aceptación y la dependencia e independencia.

Los puntos anteriores muestran a groso modo aspectos que hacen mención del modelo de salud contemporáneo: biopsicosocial. La pérdida de la salud, hace referencia hacia el aspecto biológico. La pérdida de estatus, remite al aspecto social. La pérdida de la autonomía y la libertad, encaja en el aspecto psicológico, por los factores por los que el paciente pierde estas facultades. No por ello debemos concebir estos tres puntos como entes ajenos al modelo antes mencionado, se encuentran evidentemente interrelacionados.

El proceso de enfermedad del paciente diabético al igual que los demás enfermos crónicos, conllevan una serie de pensamientos de estado de salud, que va repercutiendo con un vislumbramiento latente y constante de su muerte. Montes y Bayle (2002; en Jiménez, 2003) describen sobre el tema que: “el tema de la muerte está presente en el vivir de cada día: en las complicaciones mortales, en el descenso de la esperanza de vida, en el fallecimiento de algún amigo, familiar o compañero de trabajo, etc. Esto conlleva a la necesidad de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas situaciones de crisis” (p.9)

Las reacciones del enfermo ante la muerte, pueden ser variadas y no presentarse necesariamente como una constante en todos los pacientes. Ibanovichi (1994, en Jiménez, 2003) hace referencia a cinco estadios que se asemejan a las fases conocidas ante la pérdida de un ser querido. Estos estadios no son continuos en todos los casos, pueden darse omisiones, retrocesos o avances, además que no son exclusivos del paciente, ya que la familia también los presenta: 1) negación y aislamiento; 2) indignación o ira; 3) renegociación; 4) depresión; 5) aceptación.

Estas características se visualizan tras la notificación del diagnóstico. La negación y el aislamiento sirven como un mecanismo amortiguador al proteger la verdad de la condición real del paciente. La negación puede acompañarse de una

segunda o tercera opinión médica con la esperanza de obtener un diagnóstico favorable. El aislamiento es cuando los recursos se han agotado y es improrrogable darle vuelta a la situación con la que tendrá que vivir. Esta fase se da en todos los enfermos pudiendo ser sustituida por una aceptación parcial.

La angustia se desencadena por desconocimiento de la enfermedad, obliga al paciente a utilizar mecanismos de defensa intensos y rígidos, como intentos de mitigar la angustia.

Cuando el paciente no puede seguir negando su estado, comienzan a surgir preguntas como las que mencionan Massé y Jiménez (2002; en Jiménez, 2003): “¿Por qué?, ¿Qué he hecho yo para merecer esto?, y aparecen sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal médico y a Dios”.

Este comportamiento del paciente puede suscitar intranquilidad y agresividad por lo que es una fase en las que las relaciones médico - paciente pueden ser delicadas. Para los familiares es práctico culpar al médico, al personal sanitario, a las instituciones o instancias afines. En esta etapa de indignación, se favorece la formación de una caparazón hermética y rígida en respuesta a la situación que vive el paciente, como resultado de una inhibición emocional con escasos contactos afectivos y empobrecimiento de relaciones interpersonales.

Ahora bien cuando el paciente ha exteriorizado su indignación paulatinamente deja el aislamiento, afronta la realidad y se ubica en la fase de renegociación o regateo. Se somete a las indicaciones médicas. Cuando se tiene algún padecimiento que precede una enfermedad crónica como en el caso de la diabetes, puede ser que la noticia se tome sin tanto asombro. Pero en muchos casos el paciente se encontrará en un constante aislamiento, lo que lleva a no socializar favorablemente y cometer actos de autoagresión: no seguir la dieta, o

dejar de comer súbitamente, no seguir las instrucciones del médico, o dejar de asistir a sus citas. Cabe mencionar que los intentos de suicidio no son mayores que los de la población en general.

La depresión es un término de uso coloquial, en el caso del enfermo diabético, será definida por él mismo, ya que asegurará estar en este estado a causa de su enfermedad. La depresión está cargada de una concepción subjetiva de su realidad. Sin embargo cuando el paciente supera esta fase depresiva es más fácil tomar una actitud de aceptación y ver su muerte como un proceso irreversible del ser humano, también es común que busque de forma abierta información sobre su enfermedad. Ahora bien cuando el paciente ha tenido un apoyo favorable en todas las fases, puede buscar junto con su familia información documental de su enfermedad.

Cabe mencionar que estas fases no son reglas en todos los casos ya que pueden darse o no u omitirse algunas de acuerdo a la historia de cada individuo.

3.10. El Papel del Psicólogo ante La Diabetes Mellitus.

El psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud.

Sin embargo, hasta el momento no se había aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no habían sido claramente definidas en el área de la salud, y el principal propósito es que la población en general o bien la que padece alguna enfermedad, adquiera un sentido de control sobre su enfermedad y sobre la calidad de su vida.

Taylor (1986, citado en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) señala que las distintas áreas de estudio y de aplicación en las que interviene el psicólogo de la salud se deben enfocar en la promoción de la salud, previniendo la enfermedad, y en otros casos en la enfermedad en sí, en el tratamiento de la misma y principalmente en los factores psicosociales que contribuyen a esta.

Díaz, Galán y Fernández (1993) sugieren que a partir de los 80's, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológica, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés como las que implica la enfermedad de la diabetes.

En este caso la interacción entre variables psicológicas y el funcionamiento biológico se da a través de tres vías:

1. **cognitivas y emocionales**, que son las que modulan las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, que interactúan entre sí.
2. **conductuales**, que son traducidas en estados de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol, etc.
3. **ecológico-conductuales**, que modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; refiriéndose a los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad.

Por otra parte, cabe señalar que es importante que cualquier psicólogo o especialista que aspire a ser eficaz en la promoción del autocontrol en los enfermos diabéticos, lo primero que ha de conocer la naturaleza de la

enfermedad, es decir en que consiste la diabetes. Asimismo, es a él junto con el endocrinólogo a quienes les compete la puesta en marcha de los programas diabetológicos cuyo objetivo no es otro que el de resolver los problemas comportamentales de los enfermos y optimizar el control de la diabetes; ya que un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica ahora bien, si a esto se le agrega una buena intervención por parte del psicólogo se obtendrán reacciones muy favorables ante tal programa (Polaino-Lorente, 1998; en Buceta y Bueno, 1998).

Es importante destacar que como psicólogos y educadores en salud se debe fomentar al diabético a que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia.

La intervención del psicólogo en la diabetes infantil resulta un proceso abierto e inacabado, en la que continuamente se tiene que buscar la readaptación del paciente, y que con la llegada de nuevas crisis han de ponerse en marcha nuevos principios de intervención, sin embargo lo más conveniente es que el psicólogo se adelante a esas crisis, es decir el prevenirlas cuando sea posible y por lo tanto se obtendrá un mejor control de la enfermedad.

Del mismo modo el psicólogo participa de una forma activa en el entrenamiento de la autoadministración de la insulina y de la autoevaluación de la glucemia (Polaino-Lorente, 1998; en Buceta y Bueno, 1998).

3.11. Adherencia Terapéutica.

Desde que un diabético, es diagnosticado, el objetivo para atajar la enfermedad se centra en el control de su nivel de glucosa en la sangre. Pero este depende de varios factores y es muy variable a lo largo del día. El tratamiento de un diabético se basa fundamentalmente en ciertas variables, como son la dieta, la inyección de insulina o la ingesta del medicamento (según sea el caso), el ejercicio y el estrés (Almeida, 1995; en Velasco y Sinibaldi, 2001).

La adhesión o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud se ha definido como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido (Epstein y Cluss, 1982; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996)

Aunque cabe mencionar que Buela, caballo y sierra (1996) hacen una distinción entre el término cumplimiento y adhesión; considerando que en el primero, el paciente toma un papel pasivo en donde sigue fielmente las directrices recibidas, en cambio en la adhesión, el paciente toma un papel más activo y de colaboración voluntaria.

Ahora bien, los problemas de falta de adhesión al tratamiento, también se refieren al mantenimiento por parte del sujeto de las conductas que resultan protectoras de la salud. Para Meichenbaum y Tuc (1987; citado en Buela, Caballo y Sierra, 1996) la adhesión cubre una variedad de conductas entre las que se encuentran: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento, 2) asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, 3) tomar correctamente la medicación prescrita, 4) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control de estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.), 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, utilizar drogas, etc).

Por lo tanto, la adherencia a este tratamiento es un complejo fenómeno que comprende desde la entrada al propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo.

Sin embargo, al ser sumamente complicado, persiste durante un periodo indefinido de tiempo y requiere sustanciales cambios comportamentales, existe una baja adherencia en un sentido más amplio, se ve acompañada de una serie de limitaciones en cuanto al horario, frecuencia y tipo de comidas, la cantidad y características del ejercicio que se realice y la necesidad de tener hábitos específicos para el cuidado de la salud. Esto implica a las redes sociales en un doble sentido. Por un lado, las relaciones sociales pueden verse afectadas, en alguna medida, por esta situación; y por otro lado, se necesitará todo el apoyo posible de las personas que componen la red para facilitar la adaptación a un nuevo estilo de vida centrado en la salud. Esto último no resulta nada fácil, sobre todo si tenemos en cuenta que en el contexto de las relaciones sociales se comparten, a veces, hábitos no saludables, como fumar, consumo de alcohol, comer en exceso, etc.

Es por ello que uno de los principales problemas y de los más importantes a los que se enfrentan los profesionales de la salud es la no adherencia de los pacientes a los regímenes terapéuticos prescritos (Marino y Fernández, 1993; en Macias, Méndez y Olivares, 1993).

Buela, Caballo y Sierra (1996) mencionan que el 20 y 30% de los pacientes sometidos a algún tratamiento no lo siguen de forma adecuada, ya que no toman en cuenta las prescripciones médicas como por ejemplo, en los cambios de alimentación, la realización de ejercicio físico, la ingestión de medicamentos de forma adecuada y en las dosis recomendadas, etc. Del mismo modo mencionan que existe una gran cantidad de enfermos (de entre un 4 y un 92%) que no acuden a sus citas para el tratamiento curativo o de control de la enfermedad lo

cual es considerado como uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud.

Latorre y Beneit, (1992) consideran que la decisión del paciente de no adherirse a las instrucciones terapéuticas puede deberse a una variedad de factores, tales como:

- Incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento.
- Experiencias anteriores con profesionales de la salud y tratamientos.
- Preocupación sobre posibles efectos secundarios.
- Deseo de mantener el control sobre su estilo de vida.
- Experiencias de otros con el tratamiento.

Asimismo, Fernández y Pérez-Álvarez (1996; en Amigo, Fernández y Pérez-Álvarez, 1998)mencionan los siguientes:

- La complejidad y cronicidad del tratamiento
- Las modificaciones en el estilo de vida
- La ausencia de síntomas
- Las complicaciones asociadas (efectos aversivos).
- La ausencia de beneficios inmediatos.
- El no conocimiento y la falta de habilidad para el adecuado seguimiento del tratamiento.
- Las consecuencias de un seguimiento correcto o incorrecto del tratamiento.

La dificultad que existe con respecto a la adherencia puede o depende, en su gran mayoría, del estado emocional y las vivencias con relación a la enfermedad que tenga cada individuo, siendo importante a su vez, la relación que

existe entre el paciente y el personal de salud, principalmente el médico; y finalmente hay que considerar que el mundo y nuestra sociedad principalmente, no está organizada precisamente a la condición diabética (Pérez-Álvarez, 1993 en Simón, 1993).

En resumen, la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que actualmente están en aumento, debido a esto, es necesario darles la atención adecuada y la importancia que amerita a los pacientes que la padecen, ya que en ocasiones, si no es que en la mayoría de los casos, es el paciente quien niega o se rehúsa a su enfermedad, por el temor a lo que puede pasar en un futuro con su propia vida. La diabetes mellitus genera muchas complicaciones a lo largo de su desarrollo, pero éstas pueden verse aceleradas por el descuido personal del paciente, sin embargo, aunque es una enfermedad que no tiene cura, puede ser controlada al grado que el paciente lleva una vida casi como cualquier otra persona no diabética, con la diferencia de que debe llevar un control tanto en su dieta como en el suministro de medicamentos adecuados prescritos por su doctor. Aun con ello, existen personas que aún aceptando su enfermedad, se dejan caer y por consiguiente su salud empeora llegando en ocasiones a sufrir complicaciones inesperadas tanto físicas, como sociales y psicológicas, incluso la muerte.

CAPÍTULO 4. EL PACIENTE DIABÉTICO Y SUS INTERACCIONES

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida. La calidad de vida, la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Costa y López, 1986 en Reyes, Garrido y Torres, 2001). Por tanto, la salud del individuo no es responsabilidad únicamente del médico, sino de todo su ambiente, desde las personas más cercanas –como su familia-, hasta aquellas que se encuentran más alejadas dentro de su entorno social.

La participación de los individuos en el mantenimiento de su salud funciona cuando obtienen resultados que les benefician y cuando, dependiendo de los resultados obtenidos, desarrollan una percepción de control y eficacia personal. Las conductas de participación y aceptación son, como muchas otras, la percepción del estado de salud, autoestima, actitudes frente a la salud, percepción del control, soportes sociales, expectativas de salud, percepción de costo-beneficio, convicciones, interacciones sociales y familiares, percepciones hacia los otros, son entre otras, variables que están comprometidas de diferente manera y proporción en el desarrollo y mantenimiento de la salud, en la prevención de la enfermedad, en el proceso de la enfermedad y en el contacto que los individuos establecen, todo ello dentro del lo conocido como estilo de vida susceptibles y que además pueden y deben ser aprendidas o entrenadas tanto por los individuos como por el mismo personal de salud (Costa y López, 1986 en Reyes, Garrido y Torres, 2001).

Asimismo, a través de la red de familiares y amigos es posible encontrar apoyo emocional, es decir el individuo se nutre socialmente; de esta manera, puede apreciarse la necesidad de identificar no sólo los factores orgánicos en las enfermedades, sino también cómo los pacientes perciben su relación con la gente más cercana a ellos, en este caso su familia y sus propias conductas.

Precisamente, es la influencia de las relaciones familiares la que ha suscitado bastante interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes; existiendo un gran acuerdo en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede interferir en el cumplimiento del mismo.

En síntesis, el apoyo tendrá una influencia positiva sobre la salud, siempre que refuerce las conductas adecuadas, pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadecuados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos y los efectos funcionales negativos (Reyes, Garrido y Torres, 2001).

A estas interacciones entre el paciente y su entorno social, se le conoce como red social y corresponden a todas las relaciones significativas que establece el paciente a lo largo de su vida, estas redes se conforman por la familia, los amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educacionales, asistenciales y comunitarias (Ruiz, 1994 en Jiménez, 2003).

4.1. Las Interacciones Familiares del Paciente Diabético.

A partir de los años 70's se han realizado investigaciones donde sugieren que personas con niveles altos de interacciones favorables dentro de su red social inmediata (es decir la familia) presentan un índice de mortalidad y síntomas

psicológicos y físicos menores, por lo que se ha comprobado la importancia de la familia como un factor biopsicosocial que potencialmente es capaz de influir en la salud para mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

Asimismo, se menciona que a las personas con familia, pareja estable y amigos que les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos que tienen una red social débil. Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos necesarios en cualquier momento de la vida. Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, la familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales las cuales son las más importantes, pues son las que van a generar en la persona la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida (Dreier, 1999).

Por otra parte se ha mencionado la implicación de la familia en el proceso de la enfermedad del paciente diabético, así como los efectos que puede sufrir el entorno familiar. Ayarra y Lizarraga (2002) afirman que la familia para el paciente en un momento crítico, puede provocar: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación, ambivalencia, todas estas respuestas pueden mezclarse y la familia debe respetar estas reacciones y estar atentos para poder ayudar adecuadamente en otra situación.

Cano (2002) menciona que el vínculo entre el enfermo y su familia, le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en el ambiente en el que se desenvuelve y da sentido a cada una de sus relaciones, es por ello que defiende la hipótesis que sustenta que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas.

Ahora bien, combinando la atención individual con la familiar, se actuaría de forma eficaz sobre los problemas asistenciales. Es evidente que la práctica que combina el enfoque biológico con el familiar aumenta sus recursos y eficacia. Es

por ello que el foco principal de la atención sanitaria, es el paciente considerado en su entorno familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta que punto inciden en la génesis de la enfermedad. La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud.

Al respecto, muchos estudios han resaltado la importancia de los aspectos familiares en la adherencia y el control metabólico del diabético. Se ha destacado el nivel de estrés familiar, valorado a partir del grado de conflicto interpersonal y la carencia de recursos personales y económicos. El bajo nivel de conductas específicas de apoyo a la enfermedad se ha relacionado con los problemas de adherencia. Algunas investigaciones han abordado la observación directa de la interacción familiar, encontrando evidencias de asociación entre las habilidades de comunicación entre padres e hijos y un buen nivel de adherencia. Hauser (1992 en Mussi, sin fecha) distingue dos estilos de interacción en las familias de jóvenes que se enfrentan a una enfermedad crónica como la diabetes: interacciones de coacción e interacciones facilitadoras. En las primeras, los miembros de la familia inhiben sus sentimientos hacia los demás y utilizan estrategias de afrontamiento de evitación, pesimismo y ausencia de ayuda. Las segundas, fomentan la expresión de los sentimientos de independencia, utilizando estrategias de afrontamiento adaptativas.

Aunque son pocos los estudios sistemáticos que han evaluado la efectividad de las intervenciones con familiares, los resultados arrojados por éstos apoyan que dichos programas fomentan un efecto positivo sobre la adaptación, tanto de la familia como del paciente, a la situación que rodea a la diabetes infantil. Los estudios que se han centrado en la relación entre el apoyo social y la diabetes tipo I han prestado especial atención a las características de una etapa del desarrollo, la adolescencia, encontrando asociaciones tanto positivas como

negativas. La diabetes dificulta la superación de esta etapa transicional; tanto es así, que se ha llegado a afirmar que “superar una adolescencia normal es una tarea monumental por sí sola. Para un adolescente con diabetes, las frustraciones ordinarias del joven se componen de la frustración y la ansiedad, asociadas a una enfermedad crónica implacable. Según Gottlieb (1991 en Mussi, sin fecha) los adolescentes tienen una necesidad especial de sentirse normales, por lo que experimentan fuertes reacciones frente a los acontecimientos estresantes que les hacen parecer desviados. Se ha insistido en la importancia de esta cuestión, de cara al diseño de intervenciones dirigidas a esta población; favoreciendo su introducción en el contexto natural del adolescente y buscando reproducir, en la medida de lo posible, las características de los intercambios naturales de ayuda. Los programas de prevención para adolescentes deben potenciar no sólo la utilización de las fuentes y tipos de apoyo específicos para un estresor concreto, sino también cubrir las necesidades propias de esta fase del desarrollo.

No cabe duda, que la familia es un factor fundamental para el estado anímico del ser humano, así como para su salud, se incrementa la tensión cuando uno de los integrantes de la familia carece de salud o está sometido a un tratamiento médico. La estabilidad hacia el interior de la red social inmediata es de suma importancia, al estar satisfecha la familia con los cuidados hacia el paciente, con la información necesaria, con la interacción adecuada en su organización, es muy probable que el paciente diabético se sienta protegido, y al realizar sus actividades cotidianas, puede establecer una independencia y un mejoramiento que se incrementa gradualmente (Velasco y Sinibaldi, 2001).

La experiencia de la diabetes afecta profundamente a toda la familia del paciente, dependiendo de la organización hacia el interior de la familia, es que puede dar soporte en etapas posteriores al diagnóstico (como las mencionadas anteriormente), una de las etapas manifiesta con mayor cuidado es las expectativas de muerte. Hay que mencionar que aunque esta etapa puede

manifestarse de una forma regular en los integrantes de la familia el impacto es diverso. Por lo general cae en un solo integrante la responsabilidad del cuidado, este cuidador es quien se ocupa de las atenciones materiales: preparación de alimentos, vigilar la dieta, supervisar medicamentos, acordar citas periódicas con el medico. El proceso de la diabetes requiere de una adaptación de toda la familia, pero el cuidador llega a tener un duelo anticipado por esta carga fuertemente emocional (SAMFYC, 1998).

El cuidador contrae una fuerte carga física y psíquica que se acentúa con la responsabilidad de la vida del enfermo (medicación, cuidados, higiene, alimentación). Pierde paulatinamente su independencia y el paciente se convierte en fuerte demandante que le absorbe por completo, el cuidador por ende se desatiende y no toma tiempo libre necesario para el ocio, sus aficiones, sus amistades, etc. En este sentido, el papel de cuidador es tomado o impuesto a una sola persona y se ha podido ver que es casi siempre la mujer quien juega este papel, en caso de ser hija, esposa, madre o hermana, ya que en el caso de los hombres, cuando se trata de un hijo o hija enfermo, le deja la responsabilidad a la madre o a la esposa y si es su pareja la enferma, son las hijas (cuando las hay) quienes toman la responsabilidad (Robles y Mercado, 1993).

Al respecto Jiménez (2003) menciona: “en primer lugar la familia debe planificar el futuro del enfermo y el de la propia familia, en segundo lugar preocuparse de sí mismo, además manifiesta la importancia de aprender a conocer los sentimientos propios, es decir, que el cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares, las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados”.

Ahora bien cuando muere un ser querido, moviliza un sinnúmero de sentimientos y emociones, que no sólo son de tristeza pero obligan a cambios

comportamentales de las personas más próximas. La pena y el dolor son los sentimientos más comunes, pero pueden aparecer muchos otros como la aflicción, la culpa, la desesperación, la apatía, la ansiedad, la hiperactividad.

Gadamer (2001 en Jiménez, 2003) menciona sobre la muerte próxima, la percepción que tienen los seres cercanos al paciente diabético: “el adiós definitivo que exige la muerte, a los sobrevivientes provoca, una transformación de la imagen del desaparecido, en la conciencia y en la memoria de aquellos. No se puede decir nada mas que cosas buenas sobre el muerto...se acentúan sus aspectos productivos, positivos, hasta convertirlos en un ideal y otorgarle, en tanto que ideal, el carácter de inmodificable”.

4.2. Las Interacciones Sociales del Paciente Diabético.

La amistad puede ser una relación única y duradera porque son las propias personas las que eligen sus amistades y son precisamente las amistades las que constituyen la red social secundaria y puede llegar a satisfacer en una temporalidad más corta cierta demanda: “la compañía”, que es la realización de actividades conjuntas o simplemente estar juntos o compartir una rutina cotidiana. Además los amigos son una guía, un control social y por ellos se tiene acceso a nuevos contactos (Pelechano, 1999; en Buendía, 1999).

El apoyo social que brinden los amigos, según Valadez, Aldrete y Alfaro (1993, en Bazan, 1998) refiere a una situación personal, cuyo componente más subjetivo es denominado “apoyo social percibido”, que es lo que favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida, ya que ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicio, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, con esto quizá no se cure la persona, pero si puede aumentar su calidad de vida así como tener una vida más larga.

La interacción entre el apoyo social y la enfermedad crónica es más compleja de lo que a primera vista parece; y aunque de ella puede resultar una mejor adaptación, se encuentra condicionada por múltiples factores, tales como las características propias de la enfermedad, las reacciones de la red de apoyo social hacia la persona afectada por la enfermedad crónica y la interpretación que el enfermo hace, tanto de su estado como de las conductas de ayuda.

Por ejemplo, los denominados diabéticos tipo II se enfrentan a una complejidad de problemas diferentes a los que presentan los diabéticos jóvenes, ya que las circunstancias en que surge la enfermedad plantea distintas barreras para la adherencia y la adaptación; lo cual genera una serie de limitaciones y necesidades especiales de apoyo social.

Del mismo modo, Kaplan (1985 en Mussi, sin fecha) argumenta que el tratamiento que tienen que seguir los diabéticos implica la adquisición de ciertos hábitos comportamentales, lo cual podría ser fortalecido por el apoyo social y dentro de su propio ambiente, para afrontar sus padecimientos, y es por medio de estas redes sociales por las que la gente satisface sus necesidades puesto que incrementa el acceso a la información, a los recursos y al nuevo estilo de vida.

Por otra parte, muchas personas con enfermedades crónicas tienen continuos problemas, algunos de los cuales no pueden ser solucionados por los servicios formales del cuidado de la salud. Los grupos de apoyo constituyen una forma poderosa y constructiva de favorecer que las personas se ayuden tanto a sí mismas como a otras personas.

La utilización de la intervención grupal en el paciente diabético es puesta de relieve en los programas de carácter educativo. De éstos se deriva la idea, de forma más o menos encubierta, de que los beneficios que surgen de esta estrategia de educación residen en el apoyo de personas que experimentan una

situación crítica y similar de salud. En este sentido, la práctica educativa grupal para personas diabéticas comparte con los grupos de apoyo social una de sus principales características.

Los pacientes diabéticos que asisten a los grupos de autoayuda por lo general suelen cubrir tres necesidades fundamentales para una buena calidad de vida:

- La necesidad de tener el apoyo de otros diabéticos para estar seguros de ser normales y comprobar que otros utilizan las mismas estrategias.
- La necesidad de expresar sentimientos y pensamientos tanto para sí mismos como dirigidos al equipo médico, la familia, los compañeros de trabajo y los amigos.
- Y la necesidad de desarrollar habilidades específicas para manejar directamente los conflictos interpersonales y el estrés resultante; con objeto de poder resolver los problemas de adherencia sin experimentar excesiva dependencia del equipo médico.

Seevers (1991, en Mussi, sin fecha) define los grupos de apoyo social en diabetes como un grupo de personas diabéticas, y/o su familia o cuidadores, que se reúnen de forma regular con el objetivo de cubrir necesidades de educación y/o de apoyo social. Esta definición, que tiene bastante elementos en común con la mayoría de los grupos de apoyo social, adquiere especial significado en el caso de la diabetes, destacando dos elementos de ella: la implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la diabetes, lo que resalta el hecho de que la diabetes, como cualquier enfermedad crónica, no afecta únicamente al

paciente; por otro lado, la incorporación de la educación es importante, y debe ser considerada como una labor continua; no limitarla a un programa de conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital. Asimismo, concluye que siguen existiendo muchos interrogantes sobre los elementos responsables de la eficacia de los grupos de apoyo social, en pacientes diabéticos, aunque lo que si parece darse es una necesidad de participación profesional en la iniciación de los grupos; pero es posible que para satisfacer sus necesidades a lo largo del tiempo requieran un funcionamiento más informal, dirigido por sus propios miembros.

En última instancia, se puede decir que las relaciones sociales contribuyen a darle al individuo ese estímulo que refuerce su autoconcepto. Favorecen una organización de la identidad de un sujeto a los ojos de los que lo rodean. Esto puede mantener en gran medida a un paciente diabético en lo que respecta a los cuidados de salud y por que no decirlo a seguir viviendo (Jiménez, 2003).

4.3. Las Interacciones Laborales y Económicas del Paciente Diabético.

Muchas enfermedades crónicas producen en los pacientes problemas profesionales y cambios en su situación laboral. Las tasas de reincorporación al trabajo después de la fase crítica de la enfermedad son, para algunos tipos de trastornos, relativamente bajas. Además, algunos de los pacientes que vuelven a su trabajo anterior, lo hacen sólo de forma parcial, o bien ocupando un puesto de menor responsabilidad. Asimismo, Davison (1983) pone en manifiesto que determinados pacientes crónicos pueden ser discriminados en su lugar de trabajo después de reincorporarse al mismo.

Ahora bien en lo que respecta específicamente a la diabetes, dentro del campo laboral podemos mencionar que el hecho de ser una enfermedad crónica

que en un momento determinado va a generar complicaciones sumamente importantes, ha influido desfavorablemente en la posibilidad de que el paciente diabético sea empleado, ya que existe una tendencia a rechazar su solicitud de empleo cuando se descubre la enfermedad que padece, ya que para la empresa suele temer que exista un alto índice de inasistencia a su trabajo, o también que haya largos periodos de incapacidad laboral, o una gran posibilidad de accidentes de trabajo (Pelechano, 1999; en Buendía, 1999).

Sin embargo, Scohr y Senderey (1996) mencionan que la experiencia muestra una visión muy distinta, ya que los diabéticos (en su mayoría) tienen una dedicación al trabajo y una asistencia igual o en muchos casos mayor a la de las personas que no padecen la enfermedad. Asimismo, mencionan que no es que una enfermedad haga mejorar a una persona pero no hay duda que la adquisición de una gran disciplina para manejar su estado hacen del diabético un trabajador responsable y dedicado, aunque como ya se mencionó no es en todos los casos, ya que existen algunos enfermos diabéticos que abusan de su papel de enfermo para no realizar su trabajo como se debe.

Algo sumamente importante en lo que respecta a la relación laboral del paciente diabético, es precisamente la información que se tiene sobre la enfermedad, ya que en ocasiones los empleadores no cuentan con la información suficiente acerca de la enfermedad, por lo que suelen prejuzgar a los pacientes diabéticos y catalogarlos de acuerdo a conductas que presenta una persona determinada, generando con ello el que se le catalogue como una persona incapacitada para ciertas labores. Por esa y muchas otras razones, lo ideal es tener una amplia comprensión de la información que exista sobre la enfermedad para que así exista un mayor campo laboral para el diabético (Orizaga, Chávez y Juárez, 1998).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud en 1965 recalcó que no debe discriminarse a los diabéticos y agregó “El énfasis debe ponerse en las aptitudes individuales, la experiencia, la educación, los antecedentes y el estado físico, y no sobre el hecho de que sea diabético para poder darle un empleo”. En síntesis, el diabético debe de tener la posibilidad de obtener un empleo y trabajar, en el que él sea medica y vocacionalmente apto. Sin embargo, esta recomendación no ha tenido el resultado que se esperaba. Por lo general, se observa la tendencia a dejar en su empleo a la persona que presenta la enfermedad después de haberse incorporado al mismo, pero no así a la persona que lo solicita siendo ya diabético, sobre todo en las grandes empresas, en estas, la detección de la diabetes en un aspirante al empleo genera automáticamente el rechazo (Orizaga, Chávez y Juárez, 1998).

De esta forma, es importante recalcar que el diabético puede desempeñarse adecuadamente en muchas actividades, sin embargo, le están impedidas, sobre todo si son pacientes insulino dependientes, aquellas que puedan poner en peligro su vida y la de otros, como ser, conducción de vehículos de pasajeros, trabajos de andamios o de escaleras, y el manejo de maquinaria móvil pesada. Asimismo, no es conveniente que el diabético insulino dependiente trabaje en turnos rotativos, ya que esto hace más complicado regular los horarios de comidas, coordinadas con la administración de insulina, aunque con una buena educación y un buen autocontrol diabetológico, se podría superar esta dificultad.

En lo que respecta a la pérdida de alguna función es necesario que se le ayude al diabético a desarrollar ciertas habilidades que le ayuden a superar o a realizar otras actividades que lo mantengan en constante actividad laboral ya que muchas veces son ellos el principal sustento de él mismo y de su familia por lo que si ya no es posible trabajar en una empresa o institución, el comercio puede ser una buena opción.

La tendencia actual de la automatización de las técnicas industriales permite hoy en día esperar que los diabéticos puedan ejercer actividades fabriles que hasta hace poco tiempo les estaban contraindicadas.

4.4. Las Actividades Recreativas del Paciente Diabético.

Las actividades recreativas, ayudan a mantener al individuo activo fomentando su crecimiento personal; éstas están ligadas a otros hábitos, como el reposo y el ejercicio físico, ya que están incluidas actividades como: paseos al aire libre, caminatas, asistir a un centro deportivo, clases de arte, cerámica, pintura, danza, idas al cine o al teatro, actividades culturales, etc. (Galván y Hernández, 2003).

El practicarlas generalmente permite al individuo el desarrollo de diversas habilidades como: coordinación motriz, artística, memoria, sociales, preceptuales, etc. Sin embargo, en algunas ocasiones resulta imposible practicar este tipo de hábitos, ya que en la actualidad, las jornadas laborales son muy largas y la situación económica no permite incluir gastos para esto. Sin embargo, existen otras actividades que no requieren de dinero para realizarse por ejemplo, las pláticas entre amigos o con la familia, las caminatas, juegos de mesa, ver televisión, escribir, leer, etc. Ahora bien, en el caso de no interesarse por alguna de las anteriores existe el reposo o el sueño que además de todo repercuten en la reparación o restauración de las células del cuerpo y previenen la fatiga y con ello diversas dificultades que pueden presentarse en la vida diaria, tales como, un accidente automovilístico, o a largo plazo dificultades en la salud (Vega, 2002 y Galván y Hernández, 2003).

En el caso de los pacientes diabéticos uno de los aspectos que los preocupan a ellos y a su familia, en cuanto a actividades recreativas se refiere, lo constituye los viajes ya sean por negocios o por descanso. Pero como ya se ha

mencionado antes el padecer diabetes no quiere decir que no se puede llevar una vida normal en el seno de la familia, tomando en cuenta, eso si, ciertas condiciones que la enfermedad impone. Ello es perfectamente posible si el paciente o sus familiares, en el caso de un niño, tienen una idea clara de lo que significa la enfermedad para ellos y han aprendido el manejo de los alimentos en forma correcta, interesa también si el paciente se controla con dieta solamente o si toma hipoglucemiantes bucales o insulina (León y Zach, 2002).

4.5. El Papel de la Religión para los Pacientes Diabéticos.

El papel de la religión y de los religiosos como cuidadores de los enfermos ha ido disminuyendo ya que en la actualidad se les atribuye la función de anunciadores de muerte cuando los enfermos, por lo general tienden a aferrarse a la vida. Asimismo, la religión, para los adultos enfermos, y hasta los no enfermos, funciona como una estrategia de consolación cuando su estado de salud va empeorando pues la utilizan como apoyo personal y social (Pelechano, 1999, en Buendía, 1999).

En resumen, el paciente con diabetes mellitus no es el único afectado con la enfermedad ya que no está aislado, debido a su enfermedad su actitud ante las demás personas se ve modificada incluyendo a su familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, incluso con su médico, ya que cada una de las personas que lo rodean se ven involucradas en la enfermedad, ya sea en su aceptación, en su control o en el sobrellevar los cambios de ánimo, las complicaciones, la aceptación del mismo paciente a su situación; en muchas ocasiones son los familiares quienes se involucran más en la enfermedad del paciente, teniendo como consecuencia el aislamiento del paciente de su entorno social, sin embargo, también hay veces que dentro de la misma familia sólo algunos de los miembros se ocupa o preocupa por el paciente diabético, por ejemplo en caso de que el enfermo sea el padre, es la madre de familia o las hijas, al igual de que si es

alguno de los hijos es la mamá quien más se ocupa del tratamiento y de la dieta del paciente. Por otra parte, las actividades recreativas del paciente diabético suelen cambiar a raíz de su enfermedad, ya que podemos ver como por sus mismos cambios de ánimo muchas veces no quiere estar en una fiesta o simplemente quiere estar solo y tranquilo.

CAPÍTULO 5. INVESTIGACIÓN

5.1. Método.

5.1.1. Sujetos:

Participaron 300 personas (104 hombres y 196 mujeres) con edades entre 20 y 85 años de edad, del nivel socioeconómico medio, enfermos de diabetes mellitus con y sin instrucción educativa, solteros y casados.

5.1.2. Materiales e Instrumentos:

Los materiales que se utilizaron fueron: formatos con los cuestionarios impresos, lápices, gomas, sacapuntas.

Los instrumentos que se emplearon son dos cuestionarios: el primero de ellos es la Escala de Apoyo Social Instrumental y Expresivo (EASIE) de Lin, Dean y Entel (1981), al cual se le realizaron algunas modificaciones con el fin de ajustarlo a las necesidades de la presente investigación. Tales modificaciones fueron: se eliminaron algunas preguntas que no tenían relación directa con el tema y se le agregaron otras más funcionales sin que el instrumento perdiera su esencia; tal instrumento cuenta con 6 preguntas que tienen la finalidad de mostrar ciertas estructuras sociales de las personas incluyendo a su familia y a sí mismo, a sus compañeros de trabajo, amigos, médicos y vecinos (ver anexo 1).

El segundo instrumento es la Escala de Evaluación de Interacciones Sociales en Pacientes Diabéticos (EEISPD) la cual es una escala tipo Likert de 65 afirmaciones (ver anexo 2) que se diseñó con el fin de conocer la forma en que se comportan, comunican y relacionan en su entorno social los pacientes diabéticos, y se elaboró de acuerdo a las siguientes categorías: Familia, entorno laboral,

amigos, percepción de otras personas (vecinos y conocidos), percepción de sí mismo, entorno religioso y entorno médico.

Dentro de la categoría **Familia**, se evalúa la forma en que se relaciona el paciente diabético con los integrantes de su familia, el papel que ellos juegan dentro de su tratamiento, así como en lo que respecta a la parte afectiva o emocional como puede influir ésta en el bienestar y en el mantenimiento de su salud (reactivos 3, 7, 12, 15, 18, 19, 21, 23, 26, 29, 30, 31, 33, 35, 40, 44, 46, 49, 50, 54, 57, 58, 61, 63 y 65)

En la categoría de **entorno laboral**, se evaluó la forma en que interacciona el paciente diabético con sus compañeros de trabajo, así como la capacidad del paciente para realizar sus actividades dentro del mismo y la percepción de sus compañeros hacia él (reactivos, 28, 32, 43, 45, 48, 55).

En la categoría de **amigos** se evaluó la interacción del paciente diabético con sus amigos y sí realmente los tiene o no, asimismo se observó si el paciente diabético considera que puede contar o no con dichos amigos cuando los necesita y esta ayuda que ellos le propinar lo mantiene realmente satisfecho o no (1, 4, 6, 9, 11, 17, 20, 22, 27, 39, 41, 47, 51, 60).

Respecto a la categoría de **percepción de otras personas**, con esta categoría se identificó si los pacientes diabéticos son aceptados o rechazados de alguna manera por las personas que no son diabéticas, así como si ellos mismos se dan cuenta de estas reacciones de la gente hacia ellos (34, 53, 59).

Ligada a la categoría anterior, se encuentra la categoría de **percepción de sí mismo**, ya que en muchas ocasiones el paciente diabético por sus mismas reacciones emocionales no se valora lo suficiente y se ve como inservible, por tal motivo en esta categoría se evaluó cómo se considera a sí mismo (8, 13, 14, 16, 24, 25, 37, 38, 52, 56, 62).

La categoría que respecta al entorno **religioso** se estableció con el fin de ver si los pacientes creen que su enfermedad tiene que ver con castigos de dios y si el es el único que puede curarlos (reactivos, 10, 42).

La categoría de entorno **médico**, evaluó la adherencia a los tratamientos por parte del paciente diabético, que le son prescritos por los médicos, así como la actitud que muestran hacia dichos tratamientos (2, 5, 64).

5.1.3. Situación:

La aplicación de los instrumentos se realizó en el aula de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS, ubicada en Nicolás Romero, Edo. De México. Así como en el consultorio dental particular de la Dra. Catalina Pérez B. ubicado en el municipio de Nicolás Romero y en el Jardín de Niños Naciones Unidas, también ubicado en dicho municipio, así como a personas de quien se tuvo conocimiento de que padecían Diabetes Mellitus.

Para tal efecto fue necesario acudir a dichas instituciones con el fin de negociar la forma de aplicación de los instrumentos.

5.1.4. Procedimiento:

La selección de los participantes se realizó por medio del método no probabilístico de cuotas.

En el caso de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS, se realizó la aplicación del instrumento, a cada una de las personas elegidas de forma personal, ya que se le entregó un formato del mismo, así como un lápiz para que él mismo leyera las instrucciones y de acuerdo a ellas contestara y al terminar lo regresaran al aplicador, cuando hubo dudas respecto a las preguntas éstas fueron resueltas por el aplicador. En algunos casos se tuvo que aplicar directamente el cuestionario a algunas personas que no sabían leer o no veían bien.

En el caso de las personas encuestadas en el Consultorio dental, la dentista fue la encargada de aplicar los cuestionarios a sus pacientes de acuerdo a como llegaban a su cita, para ello fue necesario explicarle como se aplicaban con el fin de que pudiera resolver las dudas que pudiera tener el paciente.

En el Jardín de Niños Naciones Unidas, la directora realizó un sondeo entre sus alumnos para ubicar a los niños que tuvieran familiares diabéticos y así citarlos en un horario determinado por ella, para realizar la aplicación de los cuestionarios de forma colectiva, entregándoles a cada uno un formato y un lápiz para que ellos mismos lo resolvieran y al terminar lo regresaran al aplicador.

Posteriormente, se realizó el análisis de los datos por medio del programa estadístico SPSS en su versión 10.0.

5.2. Resultados.

Confiabilidad De La Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

La confiabilidad fue establecida por medio de la aplicación del inventario a 300 personas diabéticas con edades entre 20 y 89 años de edad, posteriormente se analizó el instrumento con el método de mitades en su modalidad pares – impares en donde se obtuvo la confiabilidad (.8464) así como el Alpha de Cronbach (.8537).

Por otra parte en el análisis de reactivos (por medio del método ítem - escala) se puede observar que la mayoría de los reactivos presentan una homogeneidad en cuanto a lo que miden, siendo sólo los ítem: 18, 44, 45, 52 y 58 los únicos que se alejan del puntaje total.

Validez De La Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

La estructura factorial del inventario de 65 ítems fue determinada analizando factorialmente por el método de componentes principales las respuestas de los pacientes diabéticos evaluados, se obtuvieron 23 factores que dan cuenta del 66.949% del total de la variabilidad de los datos.

Evaluación General De La Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

Las interacciones sociales de los pacientes diabéticos de acuerdo al puntaje total se clasifican de la siguiente manera:

- Interacciones sociales malas: 195 – 260 Puntos
- Interacciones sociales regulares: 131 – 194 Puntos
- Interacciones sociales buenas: 65 – 130 Puntos

En la figura 1, se puede observar que las interacciones sociales de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres en su mayoría se clasifican en regulares.

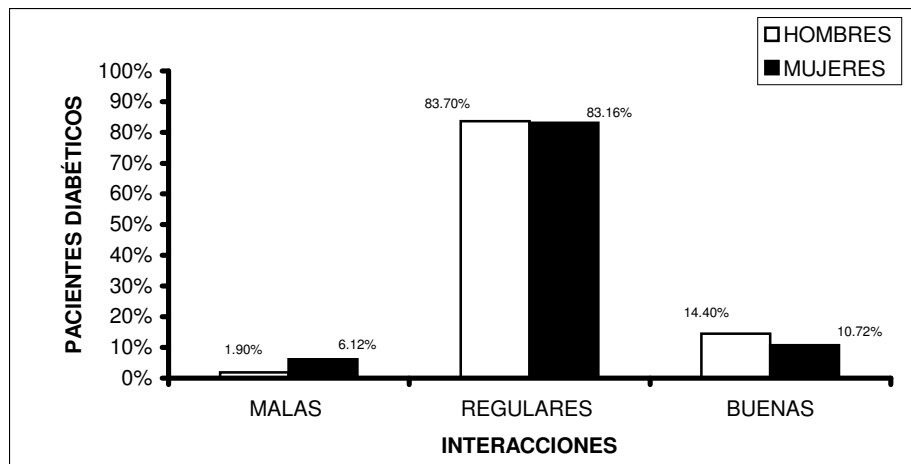


Fig. 1 Interacciones sociales de los pacientes diabéticos de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

Por otra parte, el instrumento está dividido en siete subescalas:

- 1) Familia.
- 2) Entorno Laboral.
- 3) Amigos.
- 4) Percepción de otras personas.
- 5) Percepción de sí mismo.
- 6) Entorno religioso.
- 7) Entorno médico.

1) FAMILIA

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones familiares malas: 76 – 100pts.
- Interacciones familiares regulares: 51 – 75pts.
- Interacciones familiares buenas: 25 – 50pts.

En la Fig. 2, se muestra una comparación en lo que respecta a los puntajes de la subescala de las interacción de los pacientes diabéticos con sus familiares y se puede observar que en su mayoría se clasifican como regulares tanto en hombres como en mujeres.

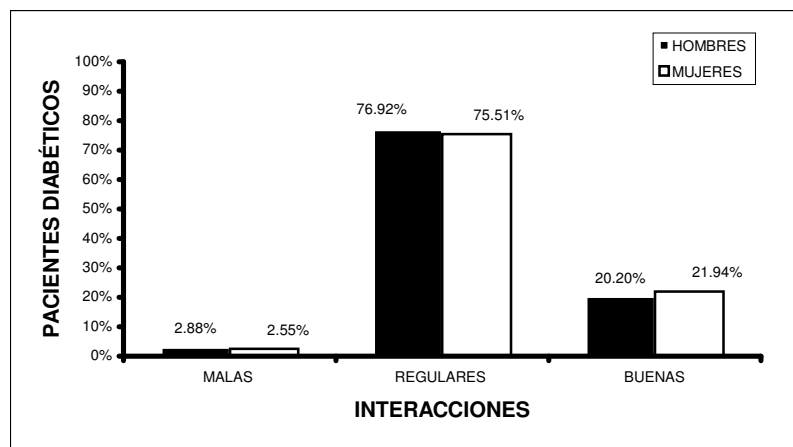


Fig. 2 Interacciones que presentan hombres y mujeres diabéticos con su familia de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

En la comparación por género en esta categoría se observa que no existen diferencias significativas ($T = .493$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 57.72$, $DS = 8.48$) y mujeres ($X = 57.18$, $DS = 9.36$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias significativas en la forma de interactuar de los pacientes diabéticos con su familia ya sean recién diagnosticados o con tiempo con la enfermedad.

2) ENTORNO LABORAL

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones laborales malas: 19 – 24pts.
- Interacciones laborales regulares: 13 – 18pts.
- Interacciones laborales buenas: 6 – 12pts.

En la Fig. 3, se observa la interacción laboral de los pacientes diabéticos, podemos ver que es regular ya que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres obtuvieron puntajes entre 13 y 18pts. Asimismo, se puede observar que existe una diferencia muy pequeña entre los que mostraron tener una interacción laboral mala y los que obtuvieron una interacción laboral buena.

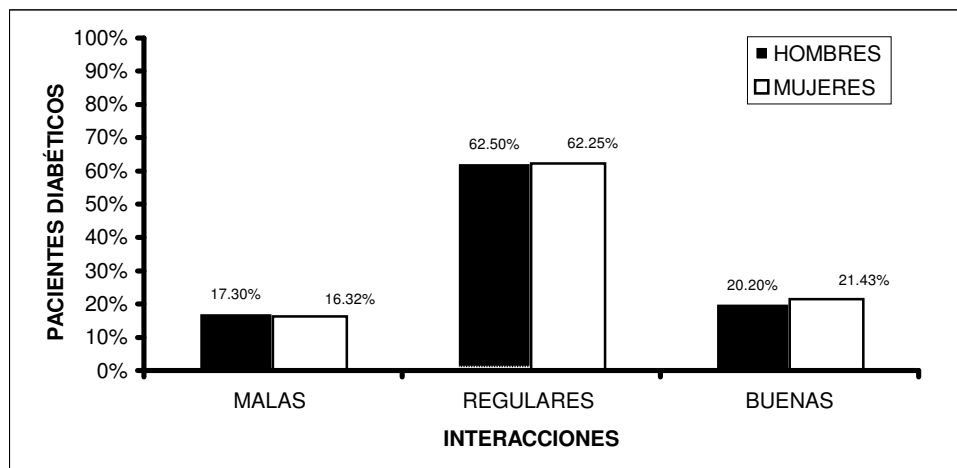


Fig. 3. Interacciones de los pacientes diabéticos con sus compañeros de trabajo de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

En las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que no existen diferencias significativas($T = .006$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 15.79$, $DS = 3.40$) y mujeres ($X = 15.79$, $DS = 3.53$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias significativas en la forma de interactuar de los pacientes diabéticos que han sido recién diagnosticados a los que ya tienen tiempo de diabéticos y sus compañeros de trabajo.

3) AMIGOS

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones con amigos malas: 46 - 60pts.
- Interacciones con amigos regulares: 31 – 45pts.
- Interacciones con amigos buenas: 15 – 30pts.

En la figura 4, se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos, tanto hombres como mujeres interactúan de forma regular con sus amigos ya que obtuvieron puntajes de 31 a 45pts., habiendo una pequeña diferencia entre los que llevan una interacción buena con sus amigos y los que llevan una interacción mala con ellos.

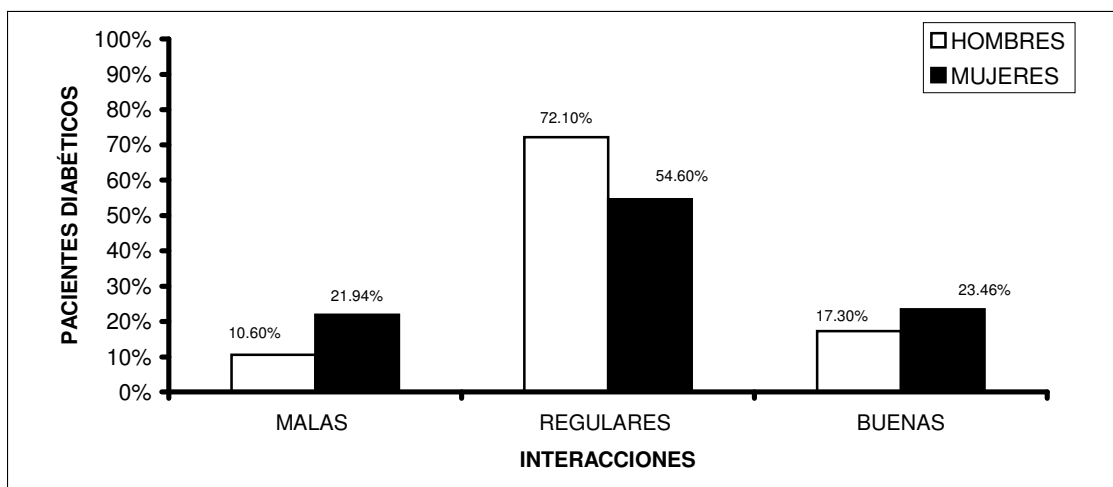


Fig.4. Interacciones que presentan los pacientes diabéticos con sus amigos de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

Se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = -1.490$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 36.06$, $DS = 7.19$) y mujeres ($X = 37.64$, $DS = 9.50$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias significativas entre éste y la interacción de los pacientes diabéticos con sus amigos.

4) PERCEPCIÓN DE OTRAS PERSONAS

- Interacciones malas: 10 - 12pts.
- Interacciones regulares: 7 – 9pts.
- Interacciones buenas: 3 – 6pts.

Respecto a esta categoría se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres presentan interacciones regulares con otras personas tales como vecinos o conocidos, aunque hay una cantidad considerable en las interacciones buenas se observan diferencias en la forma de interactuar de los pacientes diabéticos que presentan una interacción mala con otras personas (Ver Fig. 5).

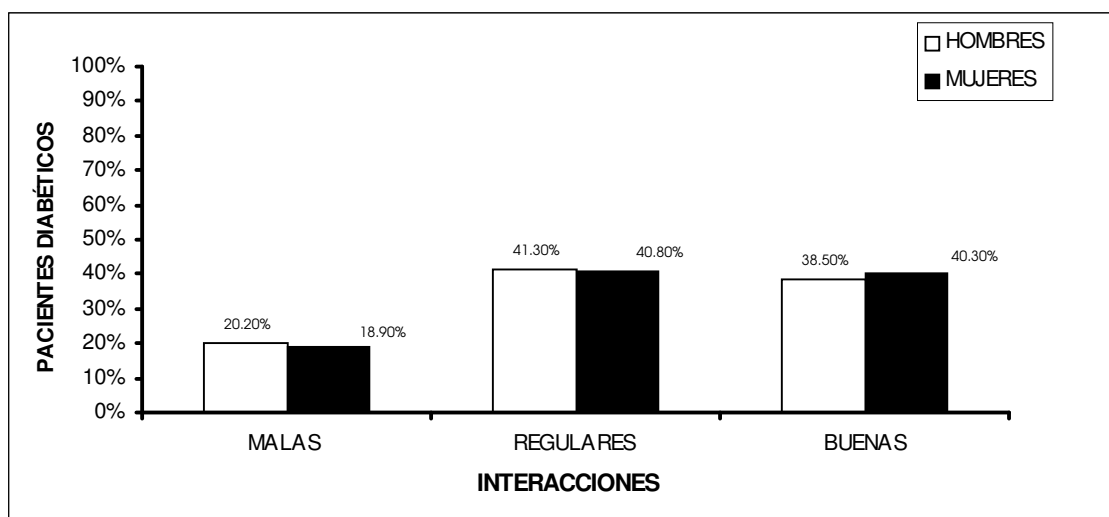


Fig. 5. Interacciones que presentan los pacientes diabéticos con otras personas de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

En las comparaciones por género se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = .321$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 7.73$, $DS = 2.61$) y mujeres ($X = 7.63$, $DS = 2.47$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias relevantes en la forma de interactuar de los pacientes diabéticos que han sido recién diagnosticados y los que ya tienen tiempo de diabéticos con otras personas.

5) PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO

- Interacciones malas: 35 - 44pts.
- Interacciones regulares: 23 - 34pts.
- Interacciones buenas: 11 - 22pts.

En esta categoría podemos ver que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres cuentan en su mayoría con una percepción de sí mismo regular (23 -34pts) siendo una cantidad pequeña la que presenta una mala percepción de sí mismo y una cantidad considerable los que se encuentran en una buena percepción de si mismo (Ver Fig. 6)

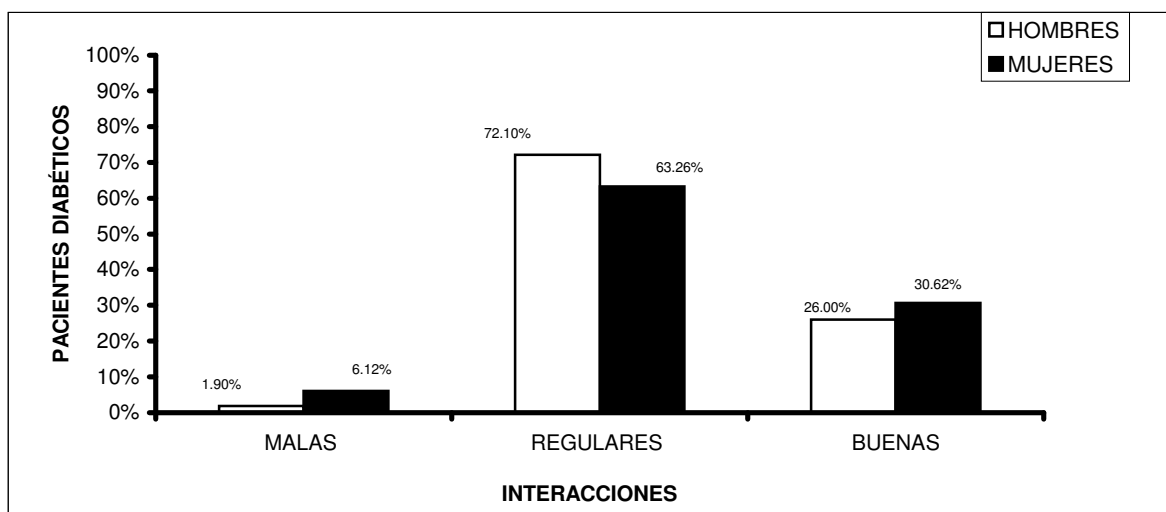


Fig. 6. Percepción que tienen los pacientes diabéticos de sí mismos y su forma de interactuar con él mismo de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

En las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que existen pequeñas diferencias ($T = 1.257$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 25.97$, $DS = 4.62$) y mujeres ($X = 25.17$, $DS = 5.53$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias significativas en la forma en que se perciben a sí mismos los pacientes diabéticos y en la forma de interactuar con ellos mismos que han sido recién diagnosticados a los que ya tienen 34 años de diabéticos, ya que se observa una homogeneidad entre ellos.

6) ENTORNO RELIGIOSO

- Interacciones religiosas malas: 7 - 8pts.
- Interacciones religiosas regulares: 5 - 6pts.
- Interacciones religiosas buenas: 2 - 4pts.

En la figura 7, se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres suelen refugiarse de forma regular en su religión para consolarse y sobrellevar su enfermedad.

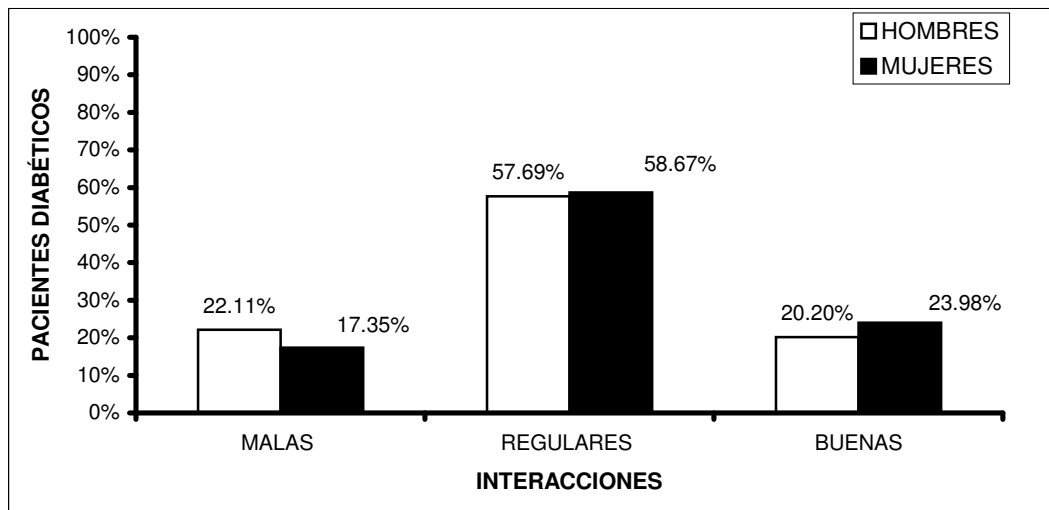


Fig. 7. Consolación de los pacientes diabéticos con su religión de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

En esta categoría se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = 1.823$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 5.32$, $DS = 1.64$) y mujeres ($X = 4.96$, $DS = 1.57$).

Respecto al tiempo que tienen con la enfermedad se puede observar que no existen diferencias significativas entre los pacientes diabéticos que han sido recién diagnosticados y los que ya tienen tiempo de diabéticos, en la forma de acogerse en su religión para consolarse, sin embargo, se observan pequeñas diferencias entre los pacientes que han sido recién diagnosticados y los que llevan 6 años con la enfermedad.

7) ENTORNO MÉDICO

- Interacciones malas: 9 - 12pts.
- Interacciones regulares: 6 - 8pts.
- Interacciones buenas: 3 - 5pts.

En la figura 8, se puede observar la forma de interactuar de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres en el entorno médico es decir con su médico o con el personal sanitario con el cual tienen contacto y se pudo observar que la mayoría de los pacientes tiene buena y regular interacción en este ámbito, existiendo una gran diferencia respecto a los pacientes que presentaron una mala interacción en esta categoría.

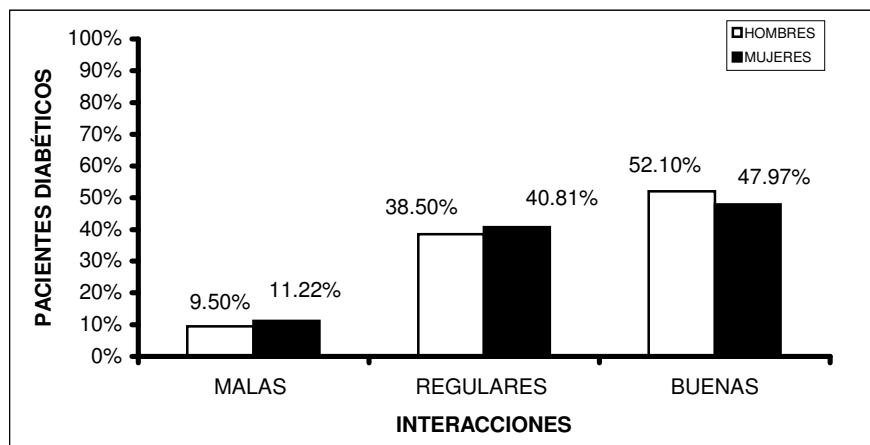


Fig. 8. Interacción de los pacientes diabéticos con su médico y el personal sanitario que lo atiende de acuerdo a la Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD).

De acuerdo a las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = -.207$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 5.27$, $DS = 2.39$) y mujeres ($X = 5.33$, $DS = 2.23$).

Se puede observar que respecto al tiempo que tienen con la enfermedad no existen diferencias significativas en la forma de interactuar entre los pacientes diabéticos que han sido recién diagnosticados a los que ya tienen más tiempo de diabéticos con el personal médico y sanitario que lo atienden.

En términos generales, se puede observar que la mayoría de los pacientes presentan mayor interacción con su familia, en este caso, pareja e hijos en conjunto o pareja o hijos por separado ya que es con ellos con quien viven (Fig. 9). La mayoría no tiene familiares diabéticos (Fig. 10). El grado de estudios de los pacientes diabéticos encuestados se encuentran la mayoría en el nivel básico (Fig. 11). La mayoría son casados (Fig.12)

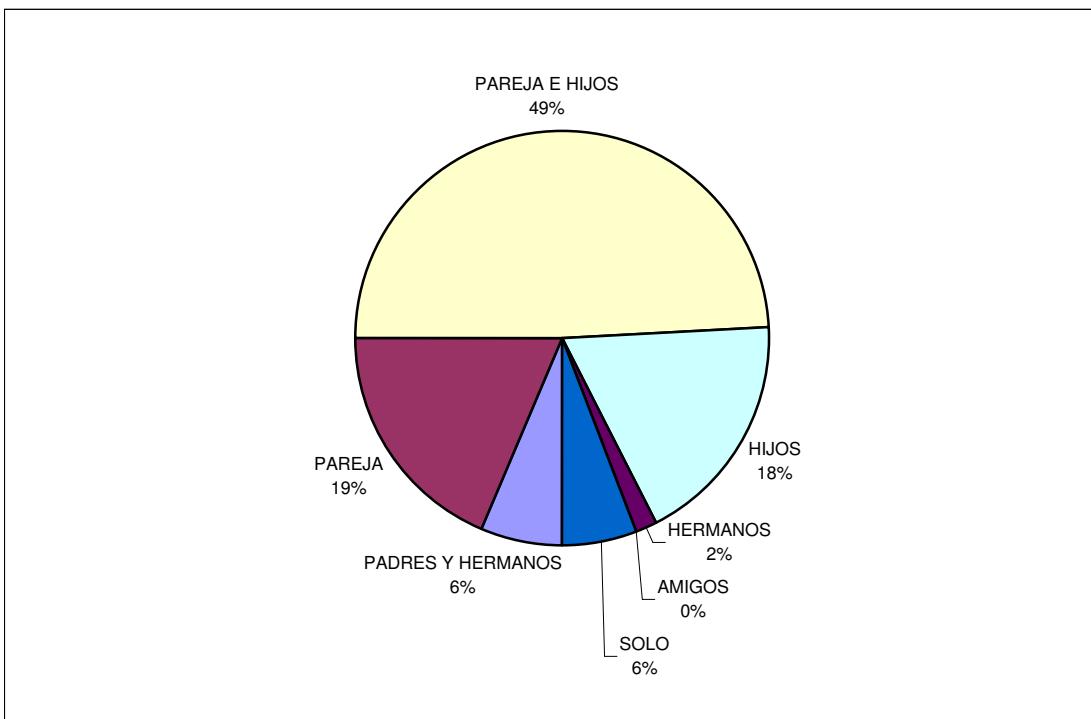


Fig. 9. Familiares con quien viven los pacientes diabéticos.

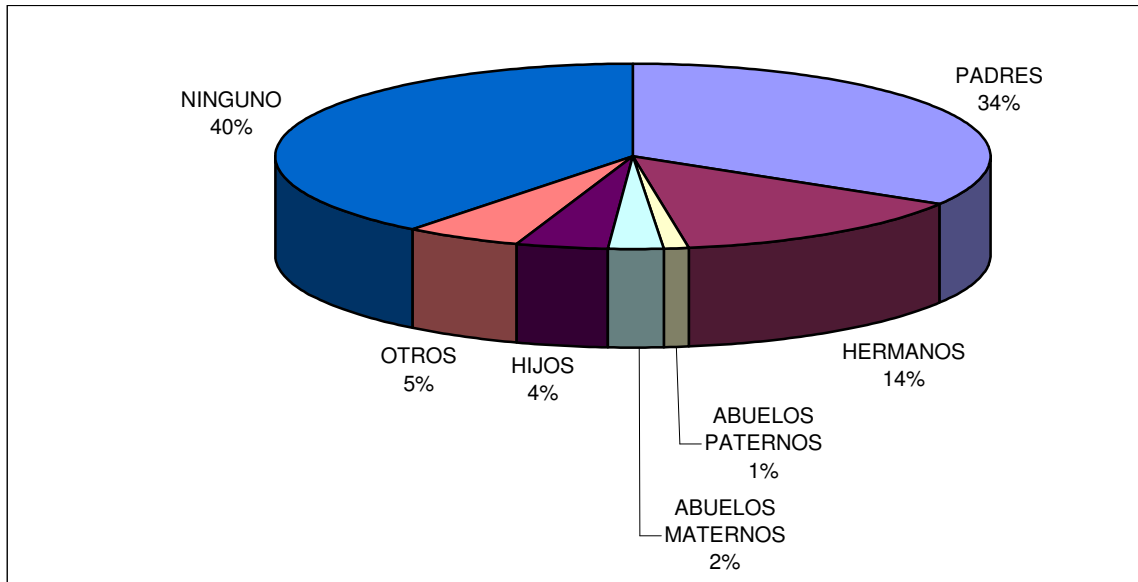


Fig. 10. Familiares de los pacientes diabéticos que también padecen Diabetes Mellitus.

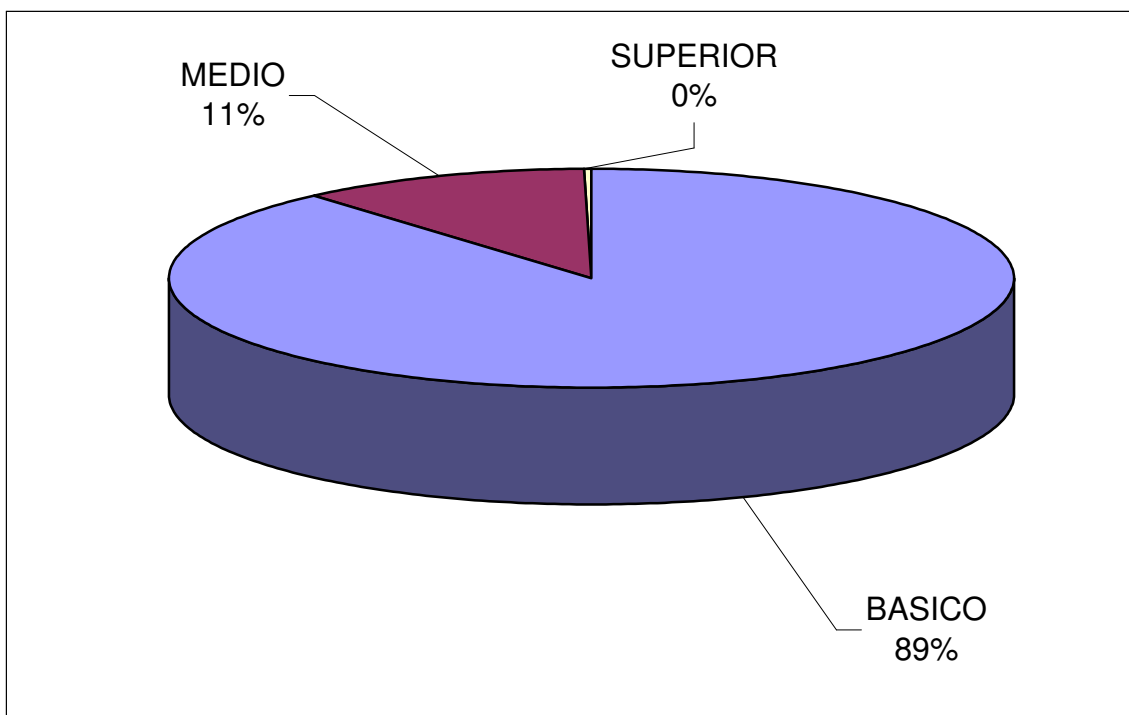


Fig. 11. Nivel de estudios de los pacientes diabéticos.

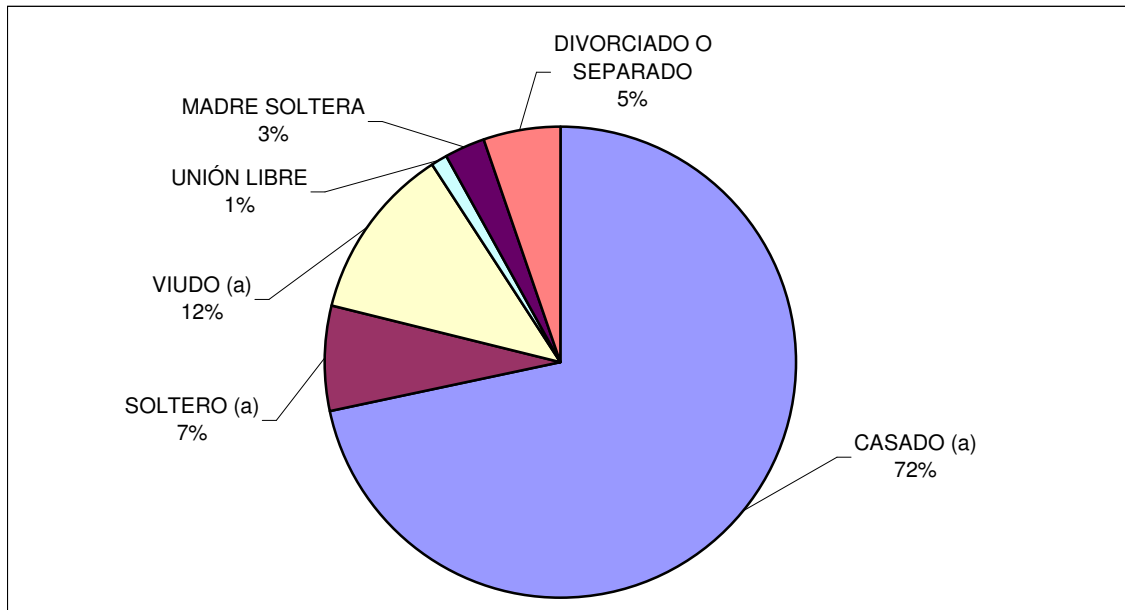


Fig. 12. Estado civil de los pacientes diabéticos.

Confiabilidad De La Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE)

En este instrumento la confiabilidad fue establecida por medio de la aplicación del inventario a 300 personas diabéticas con edades entre 20 y 89 años de edad, posteriormente se analizó el instrumento con el método de mitades en su modalidad pares – impares en donde se obtuvo la confiabilidad (.9021) así como el Alpha de Cronbach (.9613).

Por otra parte en el análisis de reactivos (por medio del método ítem - escala) se puede observar que la mayoría de los reactivos presentan una homogeneidad en cuanto a lo que miden, siendo sólo los ítem: 3, 5, 6, 7, 8 y 13 los únicos que se alejan del puntaje total.

Validez De La Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE)

La estructura factorial del inventario de 133 ítems fue determinada analizando factorialmente por el método de componentes principales las respuestas de los pacientes diabéticos evaluados, se obtuvieron 24 factores que dan cuenta del 87.377% de la variabilidad de los datos.

Evaluación General De La Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE)

Las interacciones sociales de los pacientes diabéticos de acuerdo al puntaje total se clasifican de la siguiente manera:

- Interacciones sociales malas: 123 – 183 Puntos
- Interacciones sociales regulares: 184 – 244 Puntos
- Interacciones sociales buenas: 245 – 305 Puntos

En la figura 13, se puede observar que las interacciones sociales de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres en su mayoría se clasifican en buenas.

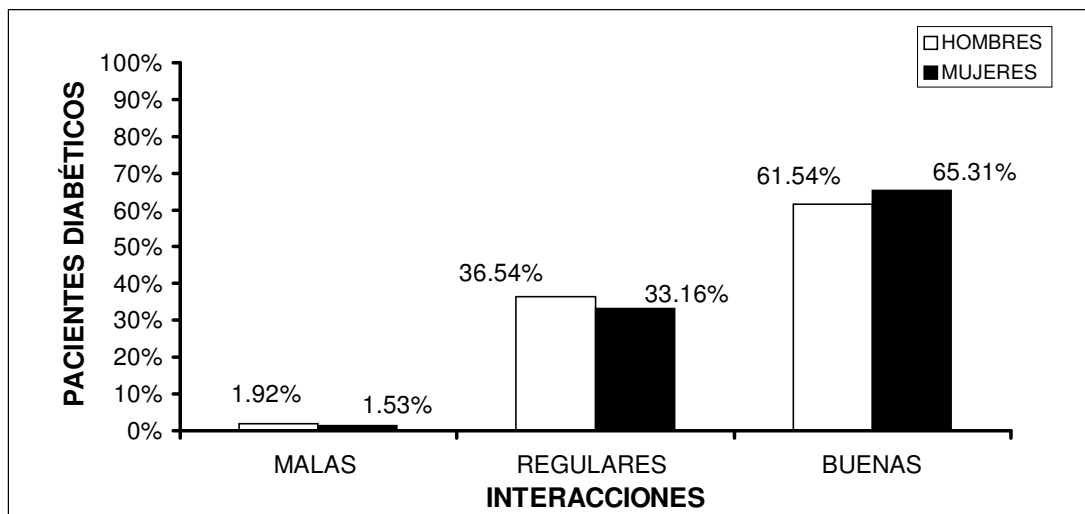


Fig. 13. Interacciones sociales de los pacientes diabéticos de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

Por otra parte, el instrumento está dividido en seis subescalas las cuales son:

- 1) Familia.
- 2) Entorno Laboral.
- 3) Amigos.
- 4) Percepción de otras personas.
- 5) Percepción de sí mismo.
- 6) Entorno médico.

1) FAMILIA

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones familiares malas: 51 – 74pts.
- Interacciones familiares regulares: 75 – 98pts.
- Interacciones familiares buenas: 99 – 122pts.

En la Fig. 14, se muestra una comparación en lo que respecta a los puntajes de la subescala de las interacción de los pacientes diabéticos con sus familiares y se puede observar que en su mayoría se clasifican como regulares tanto en hombres como en mujeres.

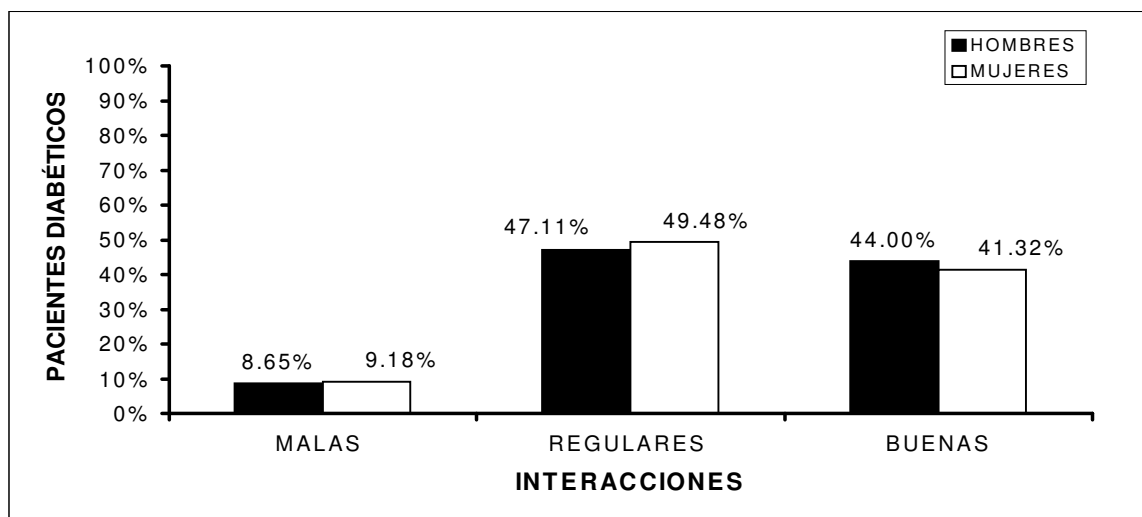


Fig. 14. Interacciones que presentan hombres y mujeres diabéticos con su familia de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

En la comparación por género en esta categoría se observa que no existen diferencias significativas ($T = .433$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 95.38$, $DS = 13.99$) y mujeres ($X = 94.66$, $DS = 13.76$).

2) ENTORNO LABORAL

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones laborales malas: 12 - 16pts.
- Interacciones laborales regulares: 17 – 21pts.
- Interacciones laborales buenas: 22 – 27pts.

En la Fig. 15, se observa la interacción laboral de los pacientes diabéticos en donde podemos ver que es buena ya que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres obtuvieron puntajes entre 22 y 27pts.

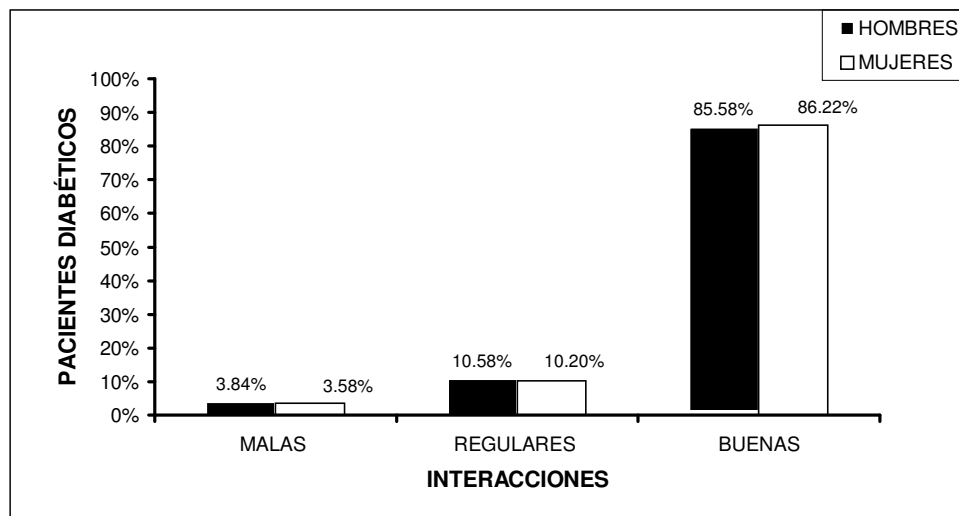


Fig. 15 Interacciones de los pacientes diabéticos con sus compañeros de trabajo de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

En las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que no existen diferencias significativas($T = -.189$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 25.33$, $DS = 3.08$) y mujeres ($X = 25.40$, $DS = 3.10$).

3) AMIGOS

La evaluación en esta subescala es la siguiente:

- Interacciones con amigos malas: 13 - 18pts.
- Interacciones con amigos regulares: 19 – 24pts.
- Interacciones con amigos buenas: 25 – 31pts.

En la figura 16, se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos, tanto hombres como mujeres tienen una buena interacción con sus amigos ya que obtuvieron puntajes de 25 a 31pts., habiendo una pequeña diferencia entre los que llevan una interacción regular con sus amigos y los que llevan una interacción mala con ellos.

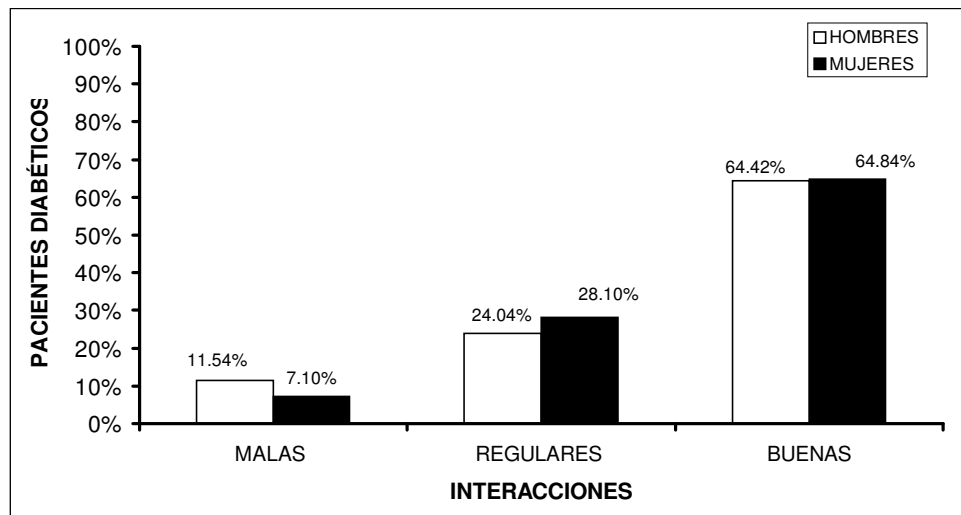


Fig. 16. Interacciones que presentan los pacientes diabéticos con sus amigos de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

Se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = -.819$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 25.71$, $DS = 5.07$) y mujeres ($X = 26.20$, $DS = 4.82$).

4) PERCEPCIÓN DE OTRAS PERSONAS

- Interacciones malas: 16 - 25pts.
- Interacciones regulares: 26 – 34pts.
- Interacciones buenas: 35 – 44pts.

Respecto a esta categoría se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres presentan buenas interacciones con otras personas tales como vecinos o conocidos, aunque hay una cantidad considerable en las interacciones regulares se observan mayores diferencias en la forma de interactuar de los pacientes diabéticos que presentan interacciones malas con otras personas (Ver Fig. 17).

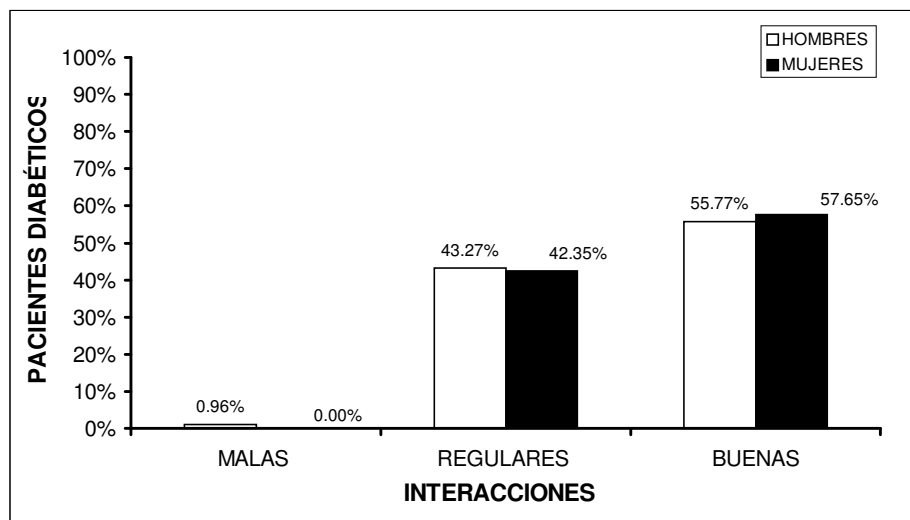


Fig. 17. interacciones que presentan los pacientes diabéticos con otras personas de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

En las comparaciones por género se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = -.703$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 34.95$, $DS = 4.25$) y mujeres ($X = 35.32$, $DS = 4.38$).

5) PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO

- Interacciones malas: 7 - 13pts.
- Interacciones regulares: 14 - 21pts.
- Interacciones buenas: 22 - 28pts.

En esta categoría podemos ver que la mayoría de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres cuentan en su mayoría con una percepción de sí mismo regular (14 - 21pts) siendo una pequeña cantidad la que presenta una buena percepción de sí mismo y una cantidad considerable los que se encuentran en una mala percepción de si mismo (Ver Fig. 18).

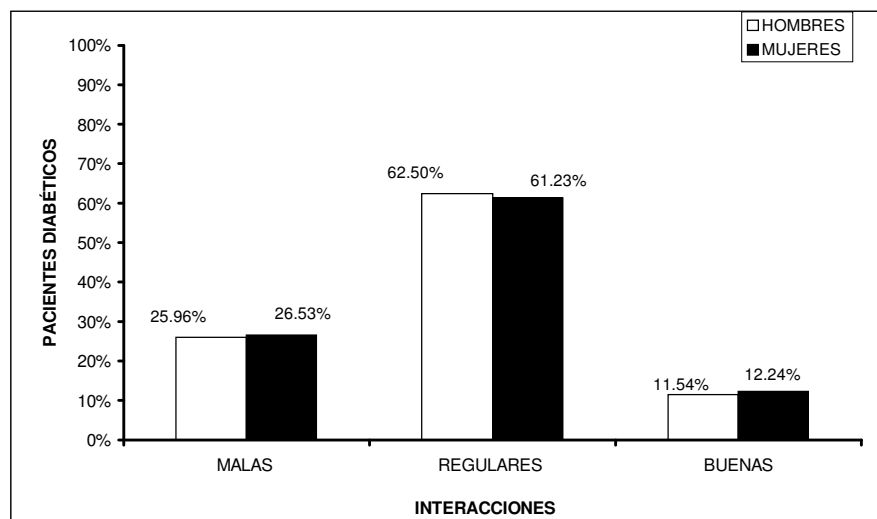


Fig. 18. Percepción que tienen los pacientes diabéticos de sí mismos y su forma de interactuar con él mismo de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

En las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que existen pequeñas diferencias ($T = .181$, $gl = 298$, $p > 0.05$) entre hombres ($X = 17.02$, $DS = 3.41$) y mujeres ($X = 16.94$, $DS = 3.43$).

6) ENTORNO MÉDICO

- Interacciones malas: 24- 34pts.
- Interacciones regulares: 35 - 44pts.
- Interacciones buenas: 45 - 54pts.

En la figura 19, se puede observar la forma de interactuar de los pacientes diabéticos tanto hombres como mujeres en el entorno médico, es decir, con su médico o con el personal sanitario con el cual tienen contacto y se pudo observar que la mayoría de los pacientes tiene buena interacción en este ámbito, existiendo una gran diferencia respecto a los pacientes que presentaron una mala interacción en esta categoría.

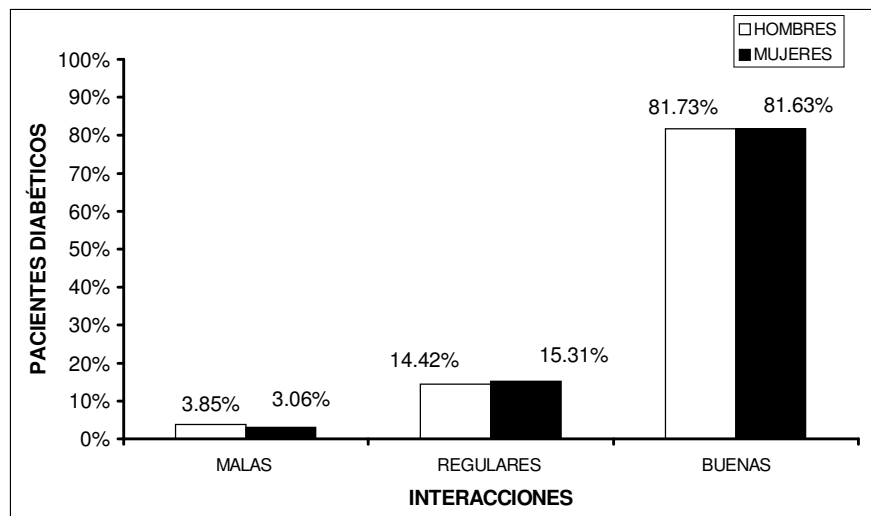


Fig. 19. Interacción de los pacientes diabéticos con su médico y el personal sanitario que lo atiende de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

Ahora bien de acuerdo a las comparaciones por género en esta categoría se puede observar que no existen diferencias significativas ($T = -.306$, $gl = 298$, $p > 0.05$ entre hombres ($X = 47.36$, $DS = 5.04$) y mujeres ($X = 47.54$, $DS = 4.74$).

En la figura 20, se puede observar que la mayoría de los pacientes diabéticos le tienen más confianza para hablar sobre su enfermedad a su pareja, en segundo término a sus hijos o a sus padres y otros por lo general no hablan de su enfermedad. Asimismo, cuando acuden a sus citas médicas la mayoría o acude sólo o con su pareja (Fig. 21). Y quien les pone mayor atención para hablar sobre su enfermedad también es su pareja (Fig. 22).

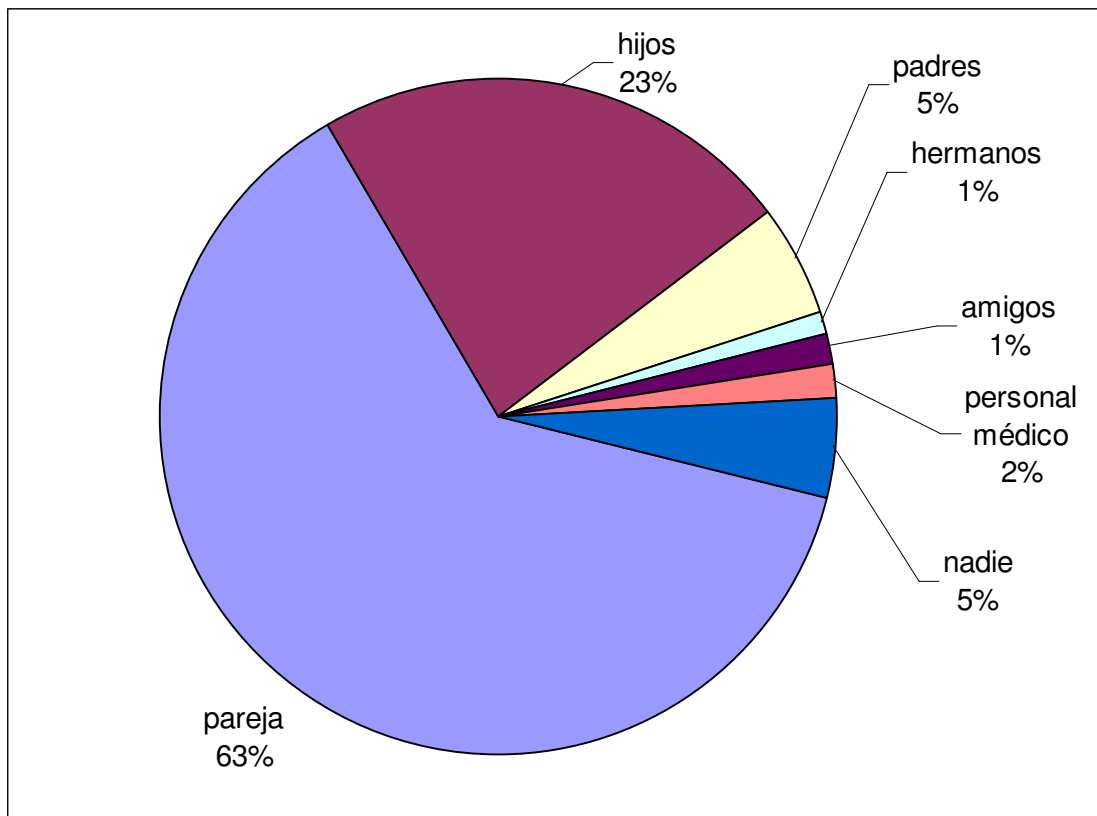


Fig. 20. persona a la que le tiene más confianza para hablar sobre su enfermedad los pacientes diabéticos de acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

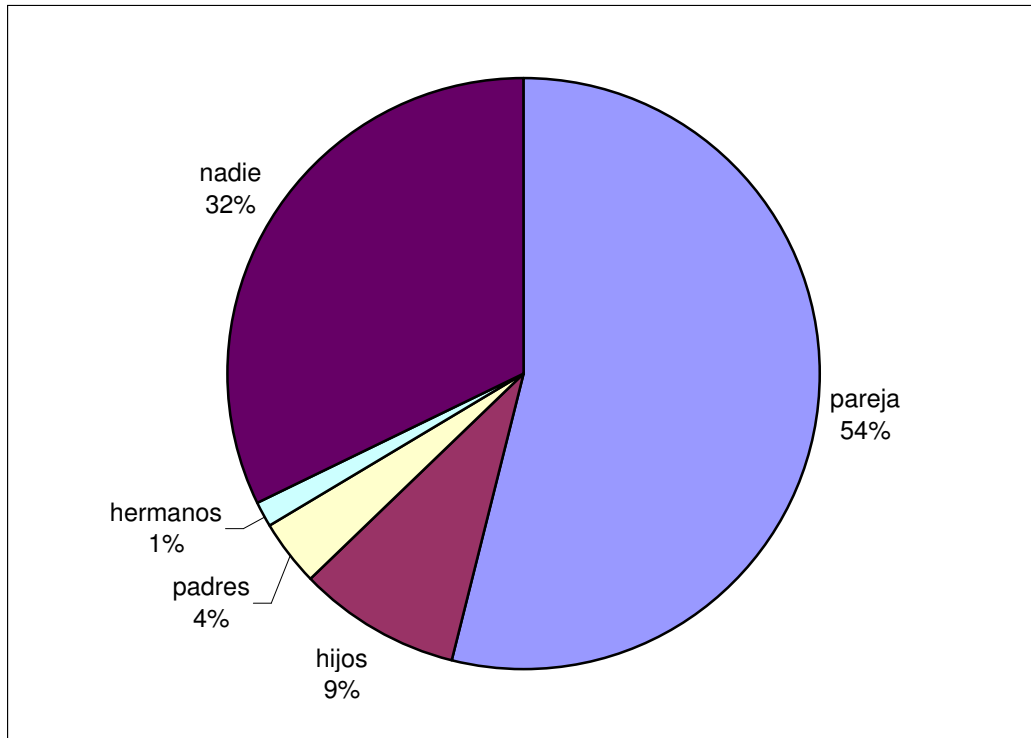


Fig. 21. Personas que acompañan a los pacientes diabéticos a sus citas medicadse acuerdo a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

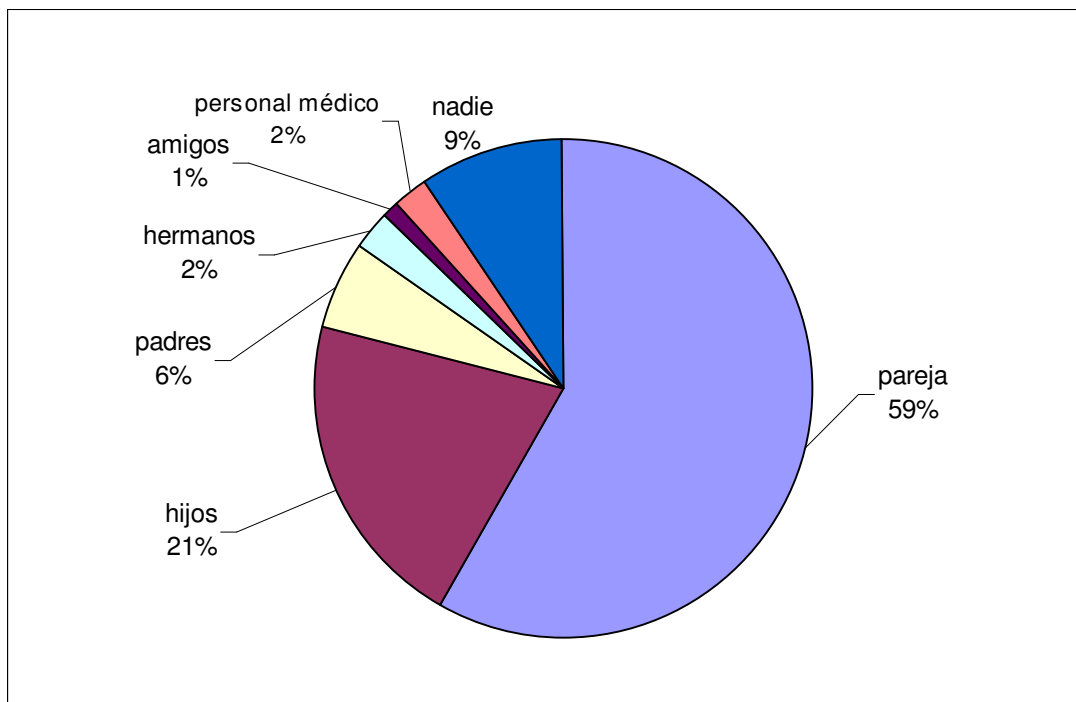


Fig. 22. Personas que le ponen mayor atención cuando hablan sobre su enfermedad a los pacientes diabéticos de a la Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE).

5.3. Discusión.

Los resultados muestran que las interacciones sociales de los pacientes diabéticos en su mayoría suelen ser buenas y en otros casos regulares, ya que por lo general suelen relacionarse bien tanto con sus familiares, amigos y demás personas que los rodean como son vecinos o conocidos así como con el personal médico y sanitario que los atiende a nivel sector salud. Por lo que es contrario a lo que algunos autores mencionan respecto a que los pacientes diabéticos suelen ser menos sociables y su relación con las personas que los rodean se afecta directamente desde el momento en el que los diagnostican como diabéticos, pues no es sólo el paciente diabético el que está siendo afectado por la enfermedad, sino también su entorno social ya que las enfermedades crónicas de larga duración, en este caso la Diabetes Mellitus, en la mayoría de los casos constituyen una amenaza para la vida, porque el mantenimiento de las relaciones personales también constituye un reto para los enfermos (Moos y Schaefer, 1984 en Brannon y Feist, 2001).

De acuerdo con Aguilar (En Vázquez, 2001) la aparición de la enfermedad cambia la vida de la persona y el paciente puede afrontarlo de manera diferente, pero en la mayoría de los casos acaba siendo asumida con toda naturalidad, produciéndose en él y en su familia un fenómeno de progresiva adaptación a la nueva circunstancia personal. Claro que esto no es sencillo dado que se empiezan a manifestar una serie de situaciones que condicionan la vida diaria del diabético.

En la realización de esta investigación se puede ver que no siempre el paciente diabético acaba de aceptar su enfermedad, por el contrario llega un momento en el que en vez de afrontarla la niegan, se dicen a ellos mismos que no existe, o también suele haber una contradicción entre lo que dicen y lo que hacen ya que al mismo tiempo que dicen que no están enfermos se auto-compadecen por su condición (de diabético) y al mismo tiempo quieren que las demás personas los compadezcan haciendo su proceso de enfermedad más estresante, tanto para

ellos como para las personas que los rodean pues cabe preguntar ¿Cómo van a ayudarlo las demás personas, ya sean hijos, pareja, amigos, etc; si ni ellos mismos saben cómo actuar ante su enfermedad?.

Algunos de los pacientes diabéticos a los cuales se les aplicaron los instrumentos solían hacer comentarios de cuando fueron diagnosticados como diabéticos y varios de ellos decían que tenían sentimientos encontrados respecto a su nueva situación, su ánimo decaía, sentían miedo ante lo que iba a pasar con ellos, sus expectativas de vida cambiaron, así como su visión y actitud ante la vida cambió, sin embargo, con el paso del tiempo, se han ido acostumbrando y han ido aprendiendo a controlar su enfermedad, a superarla y a vivir con ella, con nuevos hábitos alimenticios, nuevos estilos de vida y sobre todo con esa nueva condición de diabéticos, ello concuerda con lo que establece Cox (1994; en Vázquez, 2001) quien reconoce que mucha gente necesita pensar en un periodo de ajuste emocional antes de poder aceptar su diabetes. Mucha gente diabética puede pensar en patrones de reacciones emocionales, las cuales son similares a reacciones de congoja, donde pueden incluirse estados de shock, no creer, la negación, el enojo, la depresión y síntomas de ajuste cuando ellos se dan cuenta de que la diabetes lejos de ser el camino, mañana puede ser la pérdida de un estilo de vida que fue confortable y de seguridad familiar. Ellos sienten la pérdida de satisfacción en las cosas, fundan miedos y temores por perder su independencia. Pero finalmente viene el estado de aceptación.

Por otra parte, muchos otros diabéticos consideran que a pesar de su enfermedad, aún tienen mucho que brindar como personas, como seres productivos ante la sociedad y el medio laboral, ante su familia y amigos, muchas veces es sólo por tratar de darse ánimos a sí mismos y en otras ocasiones es porque su familia les apoya tanto que para ellos su condición de diabético no es más que un pequeño negrito en el arroz, es decir no es algo que les preocupe ampliamente pues ellos mismos en compañía de los suyos pueden controlarla, por lo que la probabilidad de morir no les causa miedo, sino más bien lo toman como

algo que en algún momento nos puede ocurrir a todos. Pero que pasa con las personas que no tiene quien les apoye, o que viven solos o que su familia por ignorancia o por irresponsabilidad no les brindan la mano, su situación cambia y es todo lo contrario (aunque no siempre), la posibilidad de morir les genera más angustia, más estrés y por consecuencia depresión y empeoramiento en su enfermedad. Sin embargo, en esta investigación se pudo ver que fueron pocos aquellos pacientes quienes no eran apoyados por su familia por lo que las interacciones familiares más bien fueron buenas en esta categoría.

Algunos pacientes por su estado de soledad o de ignorancia suelen refugiarse en la religión para buscar un consuelo o para (como ellos dicen) encontrar paz interior, tal y como Pelechano (1999, en Buendía, 1999) lo menciona "la religión, para los adultos enfermos, y hasta los no enfermos, funciona como una estrategia de consolación cuando su estado de salud va empeorando pues la utilizan como apoyo personal y social" aunque dejen de lado a la familia, los amigos o a sí mismos.

Los pacientes diabéticos suelen sentirse más apoyados por su familia específicamente por su pareja, sus hijos, o sus padres que por las demás personas que los rodean y precisamente es en una de estas personas en quien por lo general recae la responsabilidad del cuidado del paciente diabético. Sin embargo, aunque no siempre ocurre Montes y Bayle (2002; en Jiménez, 2003) manifiestan que la familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque ayudar potencia los sentimientos de inutilidad y las actitudes hostiles de los pacientes, esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. El paciente por lo general se resiste frente a la sumisión y tiene una disputa para reivindicar su propia autonomía e independencia generando una nueva disputa entre el rechazo y la aceptación y la dependencia e independencia.

El proceso de la diabetes requiere de una adaptación de toda la familia, pero el cuidador llega a tener un duelo anticipado por esta carga fuertemente

emocional. El cuidador contrae una fuerte carga física y psíquica que se acentúa con la responsabilidad de la vida del enfermo (medicación, cuidados, higiene, alimentación). Pierde paulatinamente su independencia y el paciente se convierte en fuerte demandante que le absorbe por completo, el cuidador por ende se desatiende y no toma tiempo libre necesario para el ocio, sus aficiones, sus amistades, etc. En este sentido el papel de cuidador al ser tomado o impuesto a una sola persona se ha podido ver que es casi siempre la mujer quien juega este papel, en caso de ser hija, esposa, madre o hermana, ya que en el caso de los hombres, cuando se trata de un hijo o hija enfermo, le deja la responsabilidad a la madre o a la esposa y si es su pareja la enferma, son las hijas (cuando las hay) quienes toman la responsabilidad (Robles y Mercado, 1993).

En esta investigación podemos ver que por lo general son o la pareja, o los hijos o los padres los que llevan la mayor responsabilidad del paciente diabético.

Al respecto Jiménez (2003) menciona: “en primer lugar la familia debe planificar el futuro del enfermo y el de la propia familia, en segundo lugar preocuparse de sí mismo, además manifiesta la importancia de aprender a conocer los sentimientos propios, es decir, que el cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares, las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados”.

Dreier (1999) menciona que las personas con familia, pareja estable y amigos les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos que tienen una red social débil. Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos necesarios en cualquier momento de la vida. Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, la familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales las cuales son las más importantes,

pues son las que van a generar en la persona la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida

Ahora bien, cabe señalar que la población elegida para esta investigación fue retomada, en su mayoría, de instituciones de salud, por lo que la interacción que presentaron en el entorno médico también fue buena según los datos de los dos instrumentos que se aplicaron pues al ser personas que acudían a sus citas médicas con frecuencia y que se encontraban en esas ocasiones en consulta, además de que constantemente seguían un tratamiento en esas instituciones. Lo cual reafirma lo mencionado por Zárte (1989), quien considera que la actitud del diabético ante su enfermedad varía psicológicamente en cada ser humano, pero es influida indudablemente por la edad de aparición de la enfermedad, ya que es diferente en un niño que en un joven, o en un hombre ó mujer madura; dado que cambia la visión de la vida de acuerdo a las experiencias y valores diferentes, así como la inteligencia y personalidad, las circunstancias familiares, el ambiente social, la condición de vida y finalmente vendrá ser positivamente modulada por la eficacia de la relación paciente médico.

En este sentido, podemos apreciar que la salud para el ser humano es algo básico y fundamental, en donde por tradición, es el médico quien bajo el modelo biomédico, se encarga de mantenerla en buen estado y mantenerla o curarla, sin embargo actualmente esta concepción a cambiado, ya no sólo es el contar con una buena salud física, sino con una buena salud integral, es decir, física, social y psicológica para lo cual no hay medicinas o intervenciones quirúrgicas, sino es precisamente nutrirla y mantenerla en buen estado por medio de las relaciones sociales y ambientales con las cuales interactúan las personas.

Sobre esta línea trabaja la psicología de la salud, quien pretende mantener un equilibrio entre estos tres factores (Físico, Social y Psicológico) por lo que pretende remplazar el modelo biomédico por el modelo biopsicosocial, quien se encargará de darle un reconocimiento a aquellos aspectos que se requieran para

una buena salud. Para ello tomará en cuenta aquellas reacciones emocionales que un enfermo pueda presentar ante el diagnóstico de su enfermedad cualquiera que esta sea, en este caso, hablamos de una enfermedad crónica, la Diabetes Mellitus, la cual acarrea problemas de diversa índole, como lo son emocionales, familiares, económicos, laborales, sociales, entre otros, es decir una enfermedad crónica, en este caso la Diabetes Mellitus, trae como consecuencia problemas de interacción social para los pacientes, esto puede que se deba a que algunos de ellos piensan que sus amigos, familiares o conocidos incluyendo a sus compañeros de trabajo los compadecen o les tienen lastima, o los rechazan, o los limitan en sus actividades laborales pues los menosprecias o creen que no son buenos para hacer tal o cual actividad, por lo que suelen marginarlos o dejarlos fuera de algún acontecimiento o actividad a realizar.

Muchas veces los pacientes diabéticos prefieren que nadie se entere de su enfermedad por temor al que dirán, pero desde que comienza el día para ellos comienza la preocupación por lo que van hacer, por lo que va a ser su vida y sobre todo dan gracias por un día más de vida.

Al realizar esta investigación nos damos cuenta que aunado al temor, desconocimiento, e incertidumbre del paciente diabético sobre su enfermedad se aúnan muchos otros problemas que son ajenos a ellos pero que los afectan de manera directa para la comprensión de su enfermedad, algunos de estos problemas son: que dentro del medio clínico existe poco compromiso hacia lo que es el trabajo multidisciplinario que se supone debería haber para el trato de las enfermedades crónicas, por mencionar uno de muchos casos, ya que los médicos y las enfermeras limitan mucho el trabajo del psicólogo o de otras personas que apoyen su trabajo o a los mismos pacientes, ya que piensan que éstos van a sustituirlos cuando en realidad van a complementar su trabajo para así dar un servicio de calidad a los pacientes, pues es evidente la falta de calidez del personal médico al darles un diagnóstico, o al no explicarles a ciencia cierta el padecimiento que tienen o el tratamiento que deben seguir, al no ponerles la

suficiente atención para una consulta la cual es cada mes y en donde quizá con sólo 10 minutos no es suficiente para aclarar sus dudas o para una buena revisión, con todo ello el paciente quien de por si ya esta desconcertado, se siente aún más defraudado e insatisfecho con la atención y quizá éste sea un detonante para dejar su tratamiento y no adherirse más a él.

Es necesario tomar en cuenta que los dos instrumentos utilizados cuentan con una forma de evaluación distinta y que es necesario realizar algunos ajustes en ellos para que se tomen en cuenta con mayor exactitud los resultados ya que en el caso de uno y otro se obtuvieron datos un tanto diferentes, pero que no alteran de forma drástica los resultados.

Al aplicar los cuestionarios a los participantes en esta investigación, muchos de ellos por su nivel de estudios o por su edad no comprendían del todo las preguntas por lo que fue necesario explicarles más detalladamente a que se referían, otras personas ante las preguntas se ponían a llorar ya que según ellos les significaban algo o les llegaban demasiado a su condición de vida.

Por ultimo, nos hace falta mucha información respecto a las enfermedades crónicas y si muchos de nosotros como hijos, como pareja, como hermanos o como amigos, es decir, como familiares de un enfermo crónico, estuviéramos mejor informados actuaríamos de una forma más consciente y comprensiva con ellos, entenderíamos sus estados de ánimo, aunque no por ello estaríamos siempre dispuestos a soportarlos pero sí a sobrellevarlos. Asimismo, cuando el paciente diabético estuviera en una situación de crisis en donde se presentasen síntomas de forma gradual o muy lenta lo cual puede ocasionar muchas complicaciones serias y definitivas, los familiares estaríamos mejor preparados para lo que en un momento dado podría suceder, "la muerte del enfermo diabético". Asimismo para el paciente diabético sería un proceso menos complicado, y sería menos difícil aceptar y sobrellevar su enfermedad, es decir, mejoraría su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, V. I.; Fernández-Rodríguez, C. Y Pérez-Álvarez, M. (1998). Manual De Psicología De La Salud. Madrid: Pirámide.
- Ayarra, M. Y Lizárraga, S. (2002). Malas Noticias Y Apoyo Emocional. En <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple10.html>
- Barquera, S.; Tovar, G. V.; Campos, N.; González, V. C. y Rivera, D. J. (2000). Geografía de la mortalidad por Diabetes Mellitus en México: análisis de transición epidemiológica. (<http://www.insp.mx/congreso/ponencias/tlo33.ppt>)
- Bazán, R. G. (1998). **Contribuciones A La Psicología De La Salud, En El Ámbito Hospitalario De México**. Psicología Y Ciencia Social, Vol. 5, No. 2. 20-25.
- Becoña, I. E.; Vázquez, F. I. Y Oblitas, G. L. A. (2000). *Psicología De La Salud: Antecedentes, Desarrollo, Estado Actual Y Perspectivas*. En Oblitas, G. L. A. y Becoña, I. E. (2000). Psicología De La Salud. México: Plaza y Valdez.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) Vivir Con Una Enfermedad Crónica. España: Paraninfo. Cáp. 11.
- Buceta, J. M. Y Bueno, A. M. (1998). Tratamientos Psicológicos De Hábitos Y Enfermedades. Madrid: Pirámide.
- Buela- Casal, G., Caballo, E., y Sierra., V (1996) Manual De Investigación En Psicología Clínica Y De La Salud. México: Siglo XXI.

- Buela-Casal, G. y Carrobles, J. A. (1996). *Concepto De Psicología Clínica, Medicina Conductual Y Psicología De La Salud*. En Buela-Casal, G.; Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (1996). Manual De Evaluación En Psicología Clínica Y De La Salud. España: Siglo XXI.
- Buendía, J. (1999). Familia Y Psicología De La Salud. Cáp. 6. Madrid: Pirámide.
- Cano, J. (2002). El Apego. Factor Clave En Las Relaciones Interpersonales. En <http://www.psiquiatría.com/articulos/psicología>.
- Davison, D. M. (1983). **Return To Work After Cardiac Events**. Journal Of Cardiac Rehabilitation, 3, 60-69.
- Díaz, N. L., Galán, C. S. Y Fernández, P. G. (1993). **Grupo De Autocuidado De Diabetes Mellitus Tipo II**. Salud Pública De México; 35, 413-419.
- Donker, F. J. S. (1991) *Medicina Conductual Y Psicología De La Salud*. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. E. (1991) Manual De Psicología Clínica Y Aplicada. España: Siglo XXI.
- Dreier, O. (1999). **Trayectorias Personales De Participación A Través De Contextos De Práctica Social**. Psicología Cultural, 3, (1), 28-50.
- Escobedo, D. L. P. J. Y Rico, V. B. (1996). **Incidencia Y Letalidad De Las Complicaciones Agudas Y Crónicas De La Diabetes Mellitus En México**. Salud Publica de México; 38; 236 –242.

- Fernández, C. y Pérez-Álvarez, M. (1996). *Evaluación De Las Implicaciones Psicológicas En La Diabetes*. En Buela –Casal, G.; Caballo, V. E. y Sierra, C. (1996). Manual De Evaluación En Psicología Clínica Y De La Salud. México: Siglo XXI.
- Figuerola, D. (1985). Diabetes Mellitus: Guía Para Su Conocimiento Y Control. España.
- Flores, B. M. C. Y Vega, G. Y. (1992). Apoyo Psicológico A Familias De Enfermos Crónicos. Reporte de Investigación. México: UNAM.
- Galván, M. N. Y Hernández, F. C. (2003). Psicología De La Salud. Relación Enfermedad Crónica –Hábitos Saludables. Tesis De Licenciatura. UNAM: FES-Iztacala.
- González, V. C. (2004). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en México. <http://www.diabetesaldia.com/todosobreladiabetes/queesladiabetes.htm>
- Grau, A. J. A. (1998). *La Psicología De La Salud Y Las Enfermedades Crónicas: Un Paradigma Del Trabajo Futuro*. En Rodríguez, O. G. Y Rojas, R. M. E. (1998). La Psicología De La Salud En América Latina. México: Porrúa.
- Hernández, G. Y Rojas, M. (1998). *La Psicología De La Salud En América Latina*. En Rodríguez, O. G. Y Rojas, R. M. E. (1998). La Psicología De La Salud En América Latina. México: Porrúa.
- Jiménez, R. D. (2003). Importancia De La Familia En El Proceso De La Enfermedad Del Paciente Crónico. Tesis De Licenciatura UNAM: FES-Iztacala.

- Latorre, P. J. M. Y Beneit, M. P. J. (1992). Psicología De La Salud. México: Lumen.
- León, D. V. A. y Zachs, C. C. R. (2002). Propuesta Para Mejorar La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus. Tesis de Licenciatura. UNAM: FES-Iztacala.
- Macias, A. D.; Méndez, C. F. X. Y Olivares, R. J. (1993). Intervención Psicológica. Programas Aplicados De Tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Moreno, A. L. (2001). **Epidemiología Y Diabetes**. Rev. Fac. Med. UNAM, 44 (1). [http:// www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev1-2001/epid1.html](http://www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev1-2001/epid1.html)
- Mussi, C. M. (en prensa) *Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión, Diabetes Y Cancer*. En Oblitas, L. A. (en prensa). Psicología De La Salud Y Calidad De Vida.
- Oblitas, L. A. (en prensa). Psicología De La Salud Y Calidad De Vida.
- Olguín, H. y Sánchez, L. (2003). Psicología De La Salud. Estrés Y Hábitos Negativos De La Salud. Tesis De Licenciatura. UNAM: FES-Iztacala.
- Orizaga, S. J., Chávez, D. R. Y Juárez, P. Y. (1998). Tratamiento Médico De La Diabetes Tipo 2. México: Asociación Americana de Diabetes.
- Phares, J. E.(2000). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. México: El Manual Abierto.

- Reyes, L. M. G.; Garrido, G. A. y Torres, V. L. E. (2001). **Relación Familiar De Enfermos En Espera De Trasplante Cardíaco.** Psicología y Salud, 11, 147-153.
- Robles, S. L. Y Mercado, M. F. J. (1993). *El Apoyo Familiar Y El Cumplimiento Del Tratamiento Médico En Individuos Con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente.* En Denman, C. A.; Escobar, A.; Infante, C.; Mercado, M. F. J. Y Robles, S. L. (1993). Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de Investigación en México. México: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, G. Y Rojas, M. (1996) Psicología De La Salud. México: Trillas.
- Schor, I. Y Senderey, S. (1996). Vivir Como Diabético. Argentina: Calcius.
- Schwebel, R. R. (2001). La Mayoría De Los Diabéticos En México No Se Cuidan. www.uic.edu/depts/bioe/faculty/tejal_desai/cml/.201ab/ref_lab.htm
- Simón, M. A. (1993). Psicología De La Salud. Aplicaciones Clínicas Y Estrategias De Intervención. Cáp. 3, Madrid: Pirámide.
- Sociedad Andaluza De Medicina Familiar Y Comunitaria. Grupo Diabetes (SAMFYC). (1998). Abordaje Familiar De La Diabetes Mellitus. (En red). Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc.htm>
- Sociedad Andaluza De Medicina Familiar Y Comunitaria. Grupo Diabetes (SAMFYC). (1999). Abordaje Familiar De La Diabetes Mellitus. (En red) Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/boca.htm>
- Terrass, S. (1994). Estrés. España: Tutor

- Vázquez, S. K. (2001). Un Estudio Sobre La Relación Entre Estilos De Competencia Y El Reporte De Satisfacción De Pacientes Diabéticos. Reporte De Investigación. UNAM. FES-Iztacala.
- Vega, C. M. (2002). Psicología De La Salud. Hábitos Positivos Para Conservar Un Estado Saludable. Tesis De Licenciatura. UNAM: FES-Iztacala.
- Velasco, M. L. Y Sinibaldi, J. F. J. (2001). Manejo Del Enfermo Crónico Y Su Familia (Sistemas, Historias Y Creencias). México: Manual Moderno.
- Zarate, T. (1989). Diabetes Mellitus. Bases Para Su Tratamiento. México, D. F. Trillas.

ANEXOS

Escala De Evaluación De Interacciones Sociales En Pacientes Diabéticos (EEISPD)

El propósito del presente inventario es conocer la forma en que se comporta, comunica y relaciona en su entorno social.

INSTRUCCIONES: De acuerdo a las siguientes afirmaciones elige la que consideres te describe con mayor exactitud. Coloca en la casilla el número que corresponda al código que está al principio. No hay respuestas correctas ni incorrectas. La información que proporciones será totalmente confidencial, por favor se honesto y no dejes ninguna afirmación en blanco. De ante mano gracias por tu cooperación.

- CODIGOS:**
- 1** Me Describe Completamente
 - 2** Me Describe Bastante
 - 3** Me Describe Poco
 - 4** No Me Describe

1. Mis amigos creen que por mi enfermedad no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones.	
2. Tomo mi medicamento cada vez que me corresponde.	
3. Por mi enfermedad mi familia me encuentra más defectos de los que debería.	
4. Cuando necesito ayuda puedo acudir a mis amigos.	
5. A costumbre ir solo a mis citas médicas.	
6. Cuando me siento mal de salud procuro no hacerle saber a mis amigos para que no me tengan lastima.	
7. A costumbre ir a fiestas con mi familia.	
8. Mi estado de ánimo suele ser muy cambiante.	
9. Siento que soy muy importante para mis amigos	
10. Cuando me siento triste o deprimido por mi enfermedad, voy a la iglesia y le pido a dios que me ayude.	
11. A costumbre estar lo más lejos posible de mis amigos.	
12. Cuando me siento mal de salud procuro no hacerle saber a mi familia para no preocuparlos.	
13. Tengo miedo de morir a causa de mi enfermedad.	
14. Me gustan las reuniones sociales por convivir con la gente.	
15. Me siento rechazado por mi familia.	

16. Mis sentimientos son heridos con facilidad.	
17. Me siento apreciado por mis amigos	
18. Me siento apreciado por mi familia.	
19. Cuando necesito ayuda puedo acudir a mis familiares cercanos (esposa, hermanos, hijos, padres)	
20. Me siento rechazado por mis amigos.	
21. A costumbre salir de paseo con mi familia.	
22. Cuando le pido a alguno de mis amigos un favor sobre algo que yo no pueda hacer, me lo hacen de buena manera.	
23. Mi enfermedad ha hecho que la relación que llevo con mi pareja sea menos satisfactoria.	
24. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.	
25. Tengo miedo a quedarme solo por mi enfermedad.	
26. Me pongo triste cuando algún familiar no me acompañan a mis citas médicas.	
27. Cuando me siento agobiado por mi enfermedad acudo a mis amigos para consolarme.	
28. Me siento rechazado por mis compañeros de trabajo.	
29. Siento que mi familia me quiere mucho.	
30. Cuando platico con mi familia sobre mi enfermedad, me ponen atención y me siento comprendido.	
31. A costumbre estar lo más lejos posible de mi familia.	
32. Cuando me siento agobiado por mi enfermedad me refugio en mi trabajo para consolarme.	
33. Siento que a mi familia no le importa como me siento.	
34. Las personas no entienden mis cambios de ánimo.	
35. Siento que soy muy importante para mi familia.	
36. A costumbre reunirme con mis amigos para convivir.	
37. Considero que soy muy sociable.	
38. Siento que por mi enfermedad no sirvo para nada.	
39. Tengo la confianza de que si necesito algo puedo pedirselo a mis amigos.	
40. Estoy satisfecho con el tiempo que paso con mi familia.	
41. Estoy satisfecho con el afecto que recibo de mis amigos por mi enfermedad.	
42. Mi enfermedad es un castigo de Dios.	
43. Siento que mi enfermedad limita mi desempeño en el trabajo.	
44. Estoy satisfecho con el afecto que recibo de mi familia por mi enfermedad.	
45. Considero que estoy capacitado para realizar mi trabajo lo mejor posible.	

46. Me pongo triste cuando mi pareja no me acompaña a mis citas médicas.	
47. Salgo a pasear con mis amigos.	
48. Me siento apreciado por mis compañeros de trabajo.	
49. Mi familia cree que por mi enfermedad no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones.	
50. Siento que mi familia es la responsable de mi enfermedad.	
51. Mis amigos me frecuentan como cuando no estaba enfermo.	
52. Siento que yo soy el responsable de mi enfermedad.	
53. Nadie tiene la culpa de mi enfermedad.	
54. Cuando alguien de mi familia no me pone atención cuando le hablo sobre mi enfermedad me deprimó	
55. Mis compañeros de trabajo creen que por mi enfermedad no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones.	
56. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.	
57. Cuando estoy triste o deprimido por mi enfermedad mi familia me da ánimos para seguir adelante.	
58. Cuando me siento mal de salud y lo hago evidente a mi familia, ellos me atienden de inmediato.	
59. A nadie le importa lo que me sucede.	
60. Estoy satisfecho con la ayuda que he recibido de mis amigos cuando he tenido alguna complicación causada por mi enfermedad.	
61. Estoy satisfecho con la ayuda que he recibido de mi familia cuando he tenido alguna complicación causada por mi enfermedad.	
62. Cuando estoy triste mi salud empeora.	
63. Cuando alguien de mi familia no me pone atención cuando le hablo sobre mi enfermedad le pido que me atienda.	
64. Sigo las indicaciones del médico al pie de la letra.	
65. Cuando le pido a alguno de mis familiares un favor sobre algo que yo no pueda hacer, me lo hacen de buena manera.	

EDAD : _____ GÉNERO : _____ GRADO DE ESTUDIOS : _____

ESTADO CIVIL: _____

TIEMPO QUE TIENES CON LA ENFERMEDAD : _____

¿TIENE ALGÚN FAMILIAR CON DIABETES? _____

¿CON QUIÉN VIVES?: _____

¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN !!

Escala De Apoyo Social Instrumental Y Expresivo (EASIE)

A continuación le presentamos una lista de problemas que las personas a veces tienen. ¿Podría decirnos con qué frecuencia ha experimentado usted tales problemas en los últimos 6 meses?

CÓDIGO DE RESPUESTA:

- 1. Muy Frecuentemente.
- 2. Frecuentemente.
- 3. Ocasionalmente.
- 4. Nunca.

Tener demasiadas responsabilidades.	
Tener poco tiempo libre para el ocio.	
Demasiadas exigencias que cumplir.	
No visitar a otras personas.	
Demasiado controlado por otros.	
Tener problemas para controlar el dinero.	
No ganar bastante dinero.	
Insatisfacción con su matrimonio.	
Nadie le muestra afecto y cariño.	
Nadie comprende sus problemas.	
No tener bastantes amigos íntimos.	
No tener demasiadas responsabilidades.	
Disponer de mucho tiempo libre.	
Tener problemas con los parientes.	

1. Desde que tiene esta enfermedad, ¿alguna de las siguientes personas le ha ayudado de alguna forma en esta situación? (responda para cada una de estas personas tachando con una **X** la casilla correspondiente):

	SI	NO
Mi esposo	1	2
Mi esposa	1	2
Mis hijos	1	2
Mis padres	1	2
Mis hermanos	1	2
Mis hermanas	1	2

	SI	NO
Mis compañeros de trabajo	1	2
Mis amigos	1	2
Mis vecinos	1	2
Mis médicos	1	2
El personal de enfermería	1	2
Otros	1	2

2. ¿De qué forma le han ayudado? (responda de acuerdo al siguiente código, tachando con una **X** la casilla correspondiente)

- 6. Escuchándole
- 7. Animándole
- 8. Distrayéndole
- 9. Informándole
- 10. Aconsejándole
- 11. Visitándole
- 12. Ofreciéndole

- 1. Haciendo tareas por usted
- 2. Económicamente
- 3. Interesándose
- 4. Acompañándole
- 5. De otra manera (indicar en la línea abajo del cuadro de respuestas)**

Mi esposo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi esposa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi hijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi padres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi hermanos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi hermanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi compañeros de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi vecinos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mi médicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
El personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Otros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

** _____

3. ¿A quién de tu familia le tienes más confianza para hablar sobre tu enfermedad? (ordene del 1 al 12, en donde el 1 es quien le pone más atención y el 12 el que menos atención le pone)

Mi esposo	
Mi esposa	
Mi hijos	
Mi padres	
Mi hermanos	
Mi hermanas	

Mi compañeros de trabajo	
Mi amigos	
Mi vecinos	
Mi médicos	
El personal de enfermería	
Otros	

4. ¿En qué medida le ha satisfecho el apoyo recibido de cada una de las siguientes personas? (responda para cada una de estas personas)

	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Mi esposo					
Mi esposa					
Mi hijos					
Mi padres					
Mi hermanos					
Mi hermanas					
Mi compañeros de trabajo					
Mi amigos					
Mi vecinos					
Mi médicos					
El personal de enfermería					
Otros					

5. ¿Quién de tu familia te suele acompañar a tus citas médicas? (Seleccione de la siguiente lista colocando una palmita en la casilla correspondiente)

Mi esposo	
Mi esposa	
Mi hijos	
Mi padres	
Mi hermanos	

Mi hermanas	
Mi compañeros de trabajo	
Mi amigos	
Mi vecinos	
Otros	

6. ¿Quién de tu familia te pone más atención cuando les hablas sobre tu enfermedad? (Selecciona del 1 al 12, en donde el 1 es quien te pone más atención y el 12 el que menos atención te pone)

Mi esposo	
Mi esposa	
Mi hijos	
Mi padres	
Mi hermanos	
Mi hermanas	

Mi compañeros de trabajo	
Mi amigos	
Mi vecinos	
Mi médicos	
El personal de enfermería	
Otros	