



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.

EL VINCULO SUBJETIVO QUE ESTABLECEN
LOS PACIENTES QUE PADECEN DIABETES
MELLITUS TIPO 2, CON LA DIETA
TERAPÉUTICA.

T E S I S

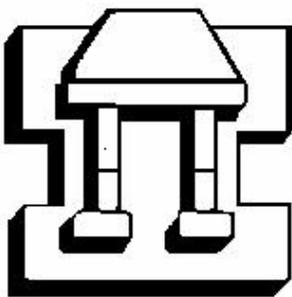
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ENRIQUETA RODRÍGUEZ MENDOZA

ASESORA: M. Laura Palomino Garibay
DICTAMINADORES: M. Leticia Hernández Valderrama
LIC. María Luisa Hernández Lira



IZTACALA

.LOS REYES IZTACALA , ESTADO DE MÉXICO. 2006



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.

RESUMEN.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es un Padecimiento Crónico degenerativo, cuyo tratamiento y control se basa en tres pilares que son El Medicamento, La Dieta y El Ejercicio (SAMFyC, 1998). En el 2003, La Organización Mundial de la Salud, reveló que solo el 50% de los pacientes que padecen una enfermedad crónica cumplen con el tratamiento terapéutico y que el incumplimiento es mayor en los países en vías de desarrollo, lo que ocasiona, fuertes gastos para su control (Sabaté, 2003). Los pacientes prefieren, en la mayoría de las ocasiones, tomar solo el medicamento, para evitar tener que seguir una dieta terapéutica (Mendoza, 2000).

Hipótesis: El incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes con DM2, es causa principalmente del vínculo subjetivo que el paciente establece con la dieta terapéutica.

Objetivo: Analizar desde el punto de vista de la psicología social de la salud, cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2.

Metodología: Se trabajo con un método cualitativo de investigación a través de preguntas semiestructuradas para conformar una entrevista a profundidad, posteriormente se llevo a cabo el análisis de contenido en cuatro categorías: Descripción general de los participantes, impacto emocional al momento del diagnóstico, seguimiento general del tratamiento y, el impacto de la dieta como tratamiento terapéutico.

Resultados: Efectivamente, los pacientes que padecen DM2, no cumplen con su dieta Terapéutica por cuestiones de tipo económico, social, y psicológico. Predominando las cuestiones subjetivas como causa del incumplimiento.

Conclusiones: La Hipótesis se comprobó afirmativamente, el incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2, es causa principalmente del vínculo subjetivo que establecen los pacientes que padecen DM2 con la dieta terapéutica. Si el paciente recibe atención individual basada en las subjetividades colectivas e individuales, éste tiene mayores probabilidades de cumplir con su dieta terapéutica, con lo que se disminuirán notablemente los costos del control de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres:

Por darme la oportunidad de vivir ésta, mi vida.

A mis hermanos.

Por ser mis compañeros y consejeros incondicionales.

A mis Abuelitos.

Por brindarme todos los mimos y toda su experiencia de vida.

A mis tíos.

Por ser siempre guías confiables.

A mis primos y sobrinos.

Por contagiarme de su alegría.

A mis maestros y maestras:

Por su dedicación y entrega para comunicarme su conocimiento

A mi Esposo:

Por aceptar ser mi compañero de vida.

Por brindarme siempre apoyo incondicional.

Por enseñarme que tengo capacidad para amar.

A Dios y a la Vida.

Por permitir que viviera aquí y ahora, por permitirme convivir con personas maravillosas de las que solo me quedarán gratos recuerdos al final y a las que solo espero darles todo el amor que soy capaz de dar.

Amor al realizar mi trabajo, mis responsabilidades y amor al compartir con ellos cada día de mi vida.

INDICE TEMÁTICO.

▪ Introducción	6
▪ Capítulo 1. El proceso salud-enfermedad	15
Estilos de Vida.....	18
Calidad de Vida.....	20
Etapas Fundamentales del Proceso Salud-Enfermedad.....	23
Connotaciones Psicológicas de la Enfermedad.....	26
Tipos de Enfermedad.....	29
Enfermedades Crónicas.....	30
▪ Capítulo 2. Nacimiento de la Psicología Social de la Salud y la Labor del Psicólogo al Interior de las Instituciones de Salud en México	34
Breve Historia del Surgimiento de la Psicología como Ciencia.....	34
Relación entre Psicología y Salud.....	37
Psicología Clínica.....	38
Psicología Médica.....	40
Medicina Conductual o Comportamental.....	41
Psicología de la Salud.....	43
Psicología Social de la Salud en la Atención a Problemas de Salud Comunitarios.....	46
Psicología Social de la Salud.....	47
▪ Capítulo 3. Los Servicios Psicológicos en el Sistema de Salud Mexicano	51
El Sistema de Salud en México.....	51
El Problema de la Diabetes Mellitus en México.....	58
El Papel del Psicólogo en los Servicios de Salud.....	61
El Incumplimiento Terapéutico.....	63
La Situación Real del Psicólogo en las Instituciones de Salud Pública.....	67
Aportaciones de la Psicología Social de la Salud para la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas que Padecen Diabetes Mellitus.....	70
▪ Capítulo 4. La Diabetes Mellitus	73
Definiciones e Historia.....	73
Etiología.....	79
La Diabetes Mellitus Tipo 1.....	79

La Diabetes Mellitus Tipo 2.....	82
Diagnóstico.....	84
Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	87
Etiología de las Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	87
Arterioesclerosis.....	88
Microcardiopatía.....	88
Dermopatía.....	89
Pie Diabético.....	91
Nefropatía.....	92
Oftalmopatía Diabética.....	93
Retinopatía Diabética.....	93
Cataratas.....	95
Manifestaciones Orales de la Diabetes Mellitus.....	95
Neuropatía Diabética.....	96
Mononeuropatía.....	96
Polineuropatía Periférica Simétrica.....	97
Neuropatía Autonómica.....	98
Prevención.....	99
Tratamiento.....	104
La Importancia de la Adherencia al Tratamiento.....	108
Relaciones Psicosociales del Enfermo Diabético.....	111
▪ Capítulo 5. La Nutrición en el Padecimiento del Paciente Diabético como una Fuente de Vida Saludable.....	115
Nutrición en Diabetes Mellitus.....	115
Nutrición.....	115
La Dieta y la Salud.....	117
La Dieta y el Proceso Salud Enfermedad.....	119
La Diabetes Mellitus y la Dieta.....	121
Alimentos que Pueden Consumir los Pacientes que Padecen Diabetes Mellitus.....	126
Alimentos que no Pueden Consumir los Pacientes que Padecen Diabetes Mellitus.....	127
Diferentes Formas de Equilibrar una Dieta.....	128

La dieta y sus implicaciones sociales.....	133
▪ Capítulo 6. Metodología	140
Investigación Cualitativa.....	140
Entrevista.....	142
La Entrevista a Profundidad.....	143
Entrevista con Preguntas Semiestructuradas.....	144
La Investigación Intervención.....	145
Metodología.....	154
Diseño de Investigación.....	155
▪ Capítulo 7. Análisis de Resultados, Discusión y Conclusiones	157
Resultados.....	157
Descripción General de los Participantes.....	157
Impacto Emocional al Momento del Diagnóstico.....	161
Seguimiento General del Tratamiento.....	168
El Impacto de la Dieta como Tratamiento.....	171
▪ Análisis de Resultados y Discusión	189
▪ Conclusiones	204
Referencias.....	219
Anexos.....	I

INTRODUCCIÓN.

La búsqueda de la salud integral es el tema de moda actual, en revistas, periódicos, programas de radio y televisión, constantemente se habla de los métodos y remedios para conservar una buena salud o para recuperarla, argumentando que solo si se es poseedor de una buena salud, se puede vivir de manera plena completa y feliz en compañía de los seres queridos.

Hablar de salud es hablar de la historia misma de la búsqueda de la supervivencia humana. Ya desde la época Griega se daban definiciones acerca de ella y se determinaba la mejor forma de obtenerla, así por ejemplo, Hipócrates dijo que la salud es la mezcla correcta de los humores y la enfermedad es una perturbación en la proporción de éstos (Harschs, 1994); En la edad media, se decía que la falta de salud o la enfermedad se debía a la violación de las leyes divinas y que una persona saludable era aquella que seguía fielmente las enseñanzas de la iglesia (Hernández y López, 2003). Por su parte, Descartes a finales del siglo XVII establece un modelo dualista; influenciado aún fuertemente por la iglesia, pero retomando los planteamientos naturalistas de los filósofos griegos; dice que la salud es el resultado de la correcta relación entre mente y cuerpo (Galván y Hernández, 2003).

Durante mucho tiempo se concibió la salud como la ausencia de enfermedad sea cual fuere la causa de ésta y se trataba constantemente de eliminar las enfermedades, no de procurar la salud o de buscarla y mantenerla si es que no se encontraban enfermos. En realidad, el termino salud, se refería más bien a la lucha contra la enfermedad.

Al paso de los años, se tomo conciencia de lo que significaba verdaderamente estar saludable, así surgieron nuevas formas de definir el concepto de salud; como la definición que da la Organización Mundial de la salud (OMS) en 1978, que dice que: *“El estado de salud es el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedades”* (Sarduy y Alfonso, 2001).

Por otra parte, los encargados de cuidar el estado de salud de los seres humanos desde tiempos remotos habían sido los brujos, magos, sacerdotes, y posteriormente los médicos. Se tomaba poco en cuenta a otros profesionistas ya que la salud era comprendida en términos estrictamente biologistas, con la definición de la OMS,

queda claro que el cuidado de la salud también debe estar bajo la supervisión de psicólogos y sociólogos, no solo de médicos, ya que las dimensiones del estado de salud también son psicológicas y sociales; éstos factores influyen de manera fundamental en la prevención y contracción de enfermedades y en el mantenimiento y recuperación de la salud.

Al respecto (Palomino y Hernández, 2003), mencionan que el encargo del psicólogo social de la salud es *“proporcionar una respuesta desde lo externo, teniendo como campo de trabajo las poblaciones en riesgo, como objeto de estudio los factores psicosociales o variables comportamentales, como demanda técnica la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida y el cambio de comportamiento de la población y, finalmente su tarea: constituirse como una disciplina de apoyo al trabajo médico”*.

Las primeras intervenciones del psicólogo en el ámbito de la salud fueron bajo el nombre de psicología clínica. *“La psicología clínica es un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal”* (Phares, 1992). La actividad del psicólogo clínico se centra en evaluar de manera psicométrica a los pacientes que presenten problemas y/o trastornos psicológicos o que presenten conducta anormal, así como también interviene investiga y asesora al respecto. En un principio el psicólogo se subordinaba al psiquiatra, el trabajo se realizaba en los hospitales para enfermos mentales o casas de salud y descanso mental, luego, el psicólogo clínico desarrollo técnicas para tratar padecimientos como el estrés, la obsesión, las fobias, etc. Y fue a raíz de la segunda guerra mundial que se considero como valioso el trabajo del psicólogo por sí solo, no como subordinado del médico psiquiatra. El psicólogo clínico se limitaba al terreno de lo anormal en lo psicológico, o de los problemas y trastornos psicológicos, por lo cual si bien si procuraba la salud mental, no se inmiscuía en las connotaciones psicológicas que presentaban las personas biológicamente enfermas.

Más tarde, surgió la necesidad de aplicar los conocimientos psicológicos en el ámbito hospitalario y médico en general, así surgió la psicología médica (Alonso, 1989) la define así: *“La psicología Médica abarca todos los conocimientos de la psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral. Esto es los conocimientos sobre la*

personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia". El quehacer del psicólogo y de la psicología, se ven como una metodología útil para enseñar a los médicos habilidades sociales para su trato con el paciente dentro de la consulta tomando en cuenta las personalidades tanto del médico como del paciente y en base a ello se determina la forma correcta de establecer una relación benéfica entre ambos para lograr la salud del enfermo. Por otra parte, los procedimientos de curación psicológica se consideran en términos generales como el método de control de conductas no benéficas del paciente para lograr el buen fin del tratamiento médico. El psicólogo se subordina al médico y la psicología a la medicina, existiendo Médicos psicólogos o psicólogos médicos, para quienes el fin último es el bienestar biológico del paciente y una de las herramientas para lograrlo es la psicología.

Pero limitar la labor del psicólogo a una mera descripción de personalidades y relaciones que puedan establecerse entre éstas sugiere la necesidad de crear un área en donde el psicólogo se desarrollara más como profesionista capaz de cuidar y controlar la salud que como simple capacitador en relaciones personales. Se necesita entonces, crear una nueva teoría que de explicación a los fenómenos psíquicos que intervienen en el ámbito de la salud. Y así nace la Medicina conductual o Medicina Comportamental.

En 1978 Schwartz y Weiss, definen a la medicina conductual como: "*El campo intradisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias comportamental y biomédica, relacionadas con la salud y la enfermedad y la aplicación de éste conocimiento y éstas técnicas a la prevención el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación*" (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Por su parte (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996), la definen como: "*La 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 éste conocimiento y de éstas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación*". Ambas definiciones son muy parecidas, se habla en ellas de la aplicación de técnicas psicológicas y biomédicas al tratamiento de la salud y la enfermedad bajo un modelo biomédico y conductual. Con el fin de investigar, evaluar y diagnosticar y todo ello enfocado a la intervención y rehabilitación en el área

comportamental del paciente. El trabajo del psicólogo se limita en realidad al proceso de enfermedad, más que al proceso de salud. Y su intervención se subordina aún al modelo biomédico, así, surgen técnicas adecuadas para el tratamiento de la obesidad, la hipertensión, el alcoholismo, que combinan la psicología con la medicina aplicadas por un mismo profesional para tratar con enfermedades de las cuales se dice que tienen bases biológicas y psicológicas, pero aún no se logra separar la labor psicológica de la labor médica.

Si bien es cierto que la salud es un proceso integral y que por tanto cada una de sus partes interviene en las otras, también es cierto que para fines de estudio y tratamiento, es necesario separar esas partes y que cada profesional realice su labor específica de manera individual, aunque no por eso no debe conocer el trabajo de los otros. Pero también, no debe realizar él el trabajo del otro profesional. Así, surge la necesidad de una nueva área de la psicología que intervenga en el proceso de salud enfermedad como profesionalista individual y que abarque todas las etapas del proceso. La psicología de la salud, engloba la tarea de las anteriores disciplinas complementándolas, ya que el psicólogo no solo cumple las funciones de evaluador o de entrenador fisiológico, sino que su trabajo se moviliza desde la investigación hasta la intervención, pasando por todo el proceso (investigación, evaluación, diagnóstico, prevención, asesoría, intervención) desplazándose en el campo de el origen, desarrollo y/o fin del proceso de salud enfermedad. (Matarazzo, 1980), define la psicología de la salud como: *“La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada. Además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”*.

En éste sentido se dice que el psicólogo:

1. Fomenta y preserva la salud. Esto es trabaja en el área de la salud específicamente sin mencionar en ello relación alguna con la enfermedad.
2. Previene y trata la enfermedad. El psicólogo mediante la investigación y el diagnóstico, puede determinar como prevenir y tratar la enfermedad.

3. Identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada. Esto es que a través de ésta investigación, puede cumplir con su labor en los dos puntos anteriores pero también establece correlaciones entre la etiología y el diagnóstico de la enfermedad y la salud.
4. El estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. Con esto cubre las necesidades de prevenir a nivel general, no individual, ya que la salud se ve influenciada del entorno social en el que se desarrolla el individuo y si éste enferma, es altamente probable que los que se encuentran a su alrededor lo hagan también. Al igual que si uno tiene prácticas saludables se probabiliza que los otros también las tengan.

Los psicólogos de la salud, por tanto no se centran solo en la intervención a nivel enfermedad, sino que trabajan desde la promoción de la salud, hasta formular políticas de salud adecuadas para cada población, desde prevenir la enfermedad hasta estudiar y mejorar el sistema sanitario de la comunidad. Todo ello basándose en las necesidades comunitarias que pueden variar de población en población.

La palabra enfermedad, proviene del latín *infirmitas*, -atis. Y significa: Estado del cuerpo humano, animal o vegetal en que uno o más órganos dejan de cumplir su función fisiológica normal. La enfermedad aguda es la que se desarrolla de forma intensa y breve, la crónica es la que se desarrolla en forma gradual y prolongada.

Dentro de las denominadas enfermedades crónicas podemos mencionar la Diabetes Mellitus (DM), el VIH/SIDA, la Depresión o las enfermedades Cardiovasculares. Las enfermedades crónicas requieren del diagnóstico y tratamiento oportunos para mejorar la calidad de vida del paciente. Es necesaria para ello, la constante participación del paciente, sus familiares, el médico y otros profesionales cuyo trabajo se enfoca hacia la salud, como el psicólogo que realiza labores desde investigación hasta intervención en el campo de la salud.

El 1 de julio de 2003, la OMS revelo que la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%. Y que el cumplimiento es mucho menor en los países en desarrollo. Los costos de éste incumplimiento resultan en el bajo aprovechamiento de los medicamentos por parte de los pacientes, complicaciones médicas y psicosociales, reducción de la calidad de vida del paciente y sus familiares,

aumento de la resistencia a los fármacos y se desperdicio de recursos asistenciales. Todo ello a nivel local, estatal, nacional y mundial (Sabaté, 2003).

El problema del incumplimiento del tratamiento tiende hacia la alta, enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares, cáncer, DM, trastornos mentales, VIH/SIDA y la tuberculosis, representaron el 54% de la carga mundial de morbilidad en el 2001 y se prevé que superaran el 65% en el 2020.

Cuando no se sigue el tratamiento no solo debe culparse a los pacientes y a sus familiares sino también a los profesionales sanitarios y a los sistemas de salud, que tienen una gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes. En este terreno, el psicólogo de la salud es quien debe encargarse de investigar el comportamiento del paciente y el profesional de la salud, pero también de investigar para mejorar los sistemas de salud, entre otros tipos de investigación relacionados con la materia. Por lo que parte de la tarea es ayudar a mejorar la observancia del tratamiento, con lo que podrían obtenerse mejores resultados sanitarios. El mejoramiento del cumplimiento es una inversión rentable que evitará costos excesivos a los sistemas de salud que ya están al límite, y mejorará la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Una vez que se ha definido la necesidad de fomentar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, nos centraremos en la investigación de una de ellas, la DM, cuyo nombre proviene del latín Diabetes: atravesar. Y es una enfermedad caracterizada por una excesiva secreción de orina cargada de glucosa, se pronostica como grave y crónica. Se asocia con orina excesiva (poliuria), hambre excesiva (polifagia), y sed insaciable (polidipsia), además de registrarse una absoluta o relativa deficiencia en la secreción y o acción de la hormona “insulina” (Barceló y Rajpathak, 2001).

La DM se clasifica en dos, los pacientes Insulinodependientes (Tipo 1) y los pacientes No Insulinodependientes (Tipo 2) (Flores, 1992). Algunos factores de riesgo para contraer la enfermedad son: la obesidad, la herencia genética, y presentar enfermedades o daños en el páncreas (Salazar, 1987). Por último las principales complicaciones que pueden presentar los pacientes diabéticos son: retinopatías, neuropatías, neuropatías cerebrales, impotencia sexual, neuropatías diabéticas y el pie diabético (Santiago, 1992).

La DM es considerada como una enfermedad crónica que representa elevados costos sociales y económicos, debido a que su tratamiento debe proporcionarse de por vida una vez que se diagnostica la enfermedad y debido a las complicaciones que ésta produce, que requieren no solo de atención médica costosa sino de atención familiar constante con lo cual se invierte tiempo, esfuerzo y dinero que no siempre los familiares pueden proporcionar. En todo el mundo, la DM, afecta aproximadamente a 130 millones de personas y puede aumentar a 300 millones para el 2025. Solo en estados Unidos, donde para el 2003 se calcularon 17 millones de personas enfermas de DM se calcularon costos de cerca de 98 mil millones de dólares y, solo en América latina, se calcula que entre el 2001 y el 2006, mueran cerca de 45 mil personas al año por causa de la enfermedad (Gagliardino, De La Hera y, Siri, 2001; CDC,2003 y; Comunicado de prensa de la OPS, 2003)^a ^b. En México, las cifras son igual de alarmantes ya que en 1999 en tres organizaciones hospitalarias (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) que comprende más del 90% de los Hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), los Institutos Nacionales de Salud y el Hospital General de México y, por último, la Secretaría de Salud del Distrito Federal), con 467 unidades hospitalarias entre los tres organismos. Se registraron 2 615 defunciones por causas directas de la enfermedad. Y, 23 479 egresados del centro de salud encontrándose entre las 15 principales causas de morbilidad hospitalaria (INEGI, 2003 y; Salud Pública de México, 2000). Con tendencia a un aumento desmedido, según estadísticas mundiales si no se logra una adecuada prevención y un efectivo control de la enfermedad siguiendo el tratamiento necesario. Al respecto, Diversos autores coinciden en que para un tratamiento adecuado, se deben combinar tres aspectos: 1.- Dieta, 2.- Ejercicio y, 3.- Medicación (SAMFyC, 1998)^a.

En cuanto al ejercicio, la (SAMFyC, 1998)^b, menciona que si bien, incrementa la sensibilidad insulínica y tiene un efecto protector de la DM2 disminuye la sensibilidad del incremento de grasas saturadas y la disminución de fibras de la dieta, lo cual resulta contraproducente.

(Galiardino, de la Hera y Siri, 2001), en su estudio “La evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América latina”, mencionan que solo el 13 % de sus pacientes con DM2, controlaban su enfermedad solo con dieta, lo cual era un indicador de que los médicos y los pacientes involucrados en el estudio, se adherían más

fácilmente al uso de fármacos que a los cambios en el estilo de vida (dieta y actividad física), lo cual representa un aumento en el costo del tratamiento y el sometimiento innecesario del paciente a los efectos secundarios de los fármacos. Además de que las complicaciones crónicas de la DM1 o DM2, pueden prevenirse eficazmente mediante un control adecuado de la hiperglucemia, lo cual implicaría poner énfasis en el cocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y en la calidad e intensidad de los tratamientos administrados. Esto es, incorporar la educación diabetológica del paciente como una prestación médica indispensable para lograr la participación activa del paciente en el control y el tratamiento de la enfermedad (DOTA, 2001).

Al respecto (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001), mencionan que, *“En un país en desarrollo la educación diabetológica del paciente consiguió mejorar el control metabólico, hecho atribuible principalmente a su impacto positivo sobre la dieta”*.

Como ya se ha analizado, diversos estudios centran su atención en la importancia que representa el cumplimiento de la dieta dentro de la educación diabetológica para el paciente diabético, que no es solo respecto de cuanto bajan los costos de la enfermedad para las comunidades, sino también representa la posibilidad de evitar o aletargar la aparición de complicaciones a causa de la enfermedad y la posibilidad de mejorar la calidad de vida del paciente. Cosa que ni los fármacos ni el ejercicio consiguen debido a sus posibles efectos secundarios.

En cuanto a la educación, en la Revista Panamericana de la salud (Grupo de Estudios de Servicios Comunitarios, 2001), se menciona que es difícil cambiar los estilos de vida del paciente (dieta, ejercicio y adicciones) y mantener los cambios a largo plazo. Este hecho puede atribuirse a las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal (Aráuz, Sánchez, Padilla, Fernández, Rosello y Guzmán, 2001). Se habla por tanto de incorporar las teorías y modelos de las ciencias sociales a los programas de salud con el fin de hacerlos más flexibles para controlar y prevenir las enfermedades crónicas. Se habla entonces, de la necesidad de estudiar las subjetividades individuales y colectivas del paciente diabético en cuanto a la relación que éste establece con la dieta. Lo cual entra ya, de hecho, en el terreno de lo psicológico y por tanto es obligación del psicólogo de la salud investigar respecto de esas subjetividades con el objetivo no solo de engrosar el acervo científico, teórico y

práctico de la disciplina, sino también con el fin de conocer, y a través del conocimiento aumentar las probabilidades de éxito en la prevención e intervención médica, psicológica y social dirigidas hacia el paciente diabético.

Una posible respuesta a ésta necesidad puede darse desde la Psicología Social de la Salud, que marca que el psicólogo debe trabajar desde la investigación, promoción de la salud, hasta la prevención, aplicación y búsqueda de la mejora del sistema sanitario de la comunidad. Pensando siempre en las necesidades variantes de cada comunidad. Así el psicólogo de la salud; cuya labor técnica es prevenir y promover nuevos hábitos y estilos de vida y, el cambio de comportamiento de la población para constituirse como una disciplina de apoyo al trabajo médico (Palomino y Hernández, 2003), apoyándose en éste caso de la investigación cualitativa, que permite mediante la obtención de datos descriptivos la comprensión en profundidad de poblaciones específicas y particulares (Amuchastégui, 1996); se conocerá el vínculo subjetivo que establece el paciente diabético con la dieta, lo cual, a largo plazo, permitirá diseñar un programa de educación diabetológica que, de acuerdo a las necesidades dietéticas del paciente y al vínculo subjetivo que éste establezca con la dieta, cumpla con ella y mejore por tanto su calidad de vida, esto sin mencionar los beneficios económicos para la comunidad.

Así, el objetivo general de ésta investigación fue: Analizar desde el punto de vista de la psicología social de la salud cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2. Los objetivos específicos fueron: analizar el discurso de pacientes que padecen DM2 para encontrar las causas subjetivas de su incumplimiento; analizar las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica para encontrar las subjetividades colectivas que dan pie a las subjetividades individuales y; sugerir los focos de intervención en cuanto a la subjetividad de los pacientes con DM2 se requiere, para lograr el cumplimiento de la dieta terapéutica.

La hipótesis que se planteó fue la siguiente: el incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2 es causa principalmente del vínculo subjetivo que establecen los pacientes con la dieta terapéutica. Dicha hipótesis fue comprobada afirmativamente.

CAPÍTULO 1.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Ya que la búsqueda de la salud es el tema de moda actual; y que se habla constantemente de ella a través de los medios de comunicación para promocionar productos que ayuden a obtenerla, la mayoría de esos productos se centran en decir que un cuerpo delgado es un cuerpo sano, pero que se entiende por estar “sano”, más aún ¿Qué es la salud? Sólo conociendo aquello de lo que se habla, puede ser comprendido y solo mediante la comprensión del fenómeno estudiado se puede intervenir en él.

La palabra “salud” puede ser utilizada en distintos contextos, pero en todos ellos, sea un brindis en una fiesta o una respuesta mecánica y cortés de un individuo al escuchar el estornudo de otro, se entiende que se desea para la otra persona bienestar. Salud, en términos coloquiales no es más que un estado de bienestar, ó de no enfermedad o malestar.

La palabra “salud” comenzó a utilizarse desde la época de los filósofos griegos. Así, Hipócrates, manifestó que la salud, es la mezcla correcta de los humores y que la enfermedad es una perturbación en la proporción de éstos (Harsch, 1994); en la edad media, época donde la iglesia católica tenía el poder absoluto incluso sobre los reyes, se decía que la enfermedad representaba y ocurría como consecuencia de una violación a las leyes divinas y que la salud, se manifestaba en aquellas personas que seguían fielmente las indicaciones eclesiásticas (Hernández y López, 2003); para finales del siglo XVII, cuando los poderes eclesiásticos pierden fuerza, aunque no toda influencia, Descartes, retomando las ideas de los filósofos griegos, pero sin olvidar el poder divino dominante del momento, propone un modelo dualista, donde la salud es el resultado de la correcta relación entre mente y cuerpo (Galván y Hernández 2003), esto quiere decir que, si no existía una correcta relación entre estos dos factores, la persona se encontraba enferma. Finalmente, ya en el siglo XX, (Engel, 1977; Citado en: Oblitas y Becoña, 2000) propone el modelo biomédico, donde el médico se concentra en el estado fisiológico de la persona, reduciendo éste al lenguaje de la química y la física y considera las ramificaciones psicológicas y sociales como aspectos periféricos al estado

de salud fisiológica (Amigo, 1998). Por ello, durante mucho tiempo, se concibió la salud sólo como la ausencia de enfermedades, así, el término salud, se refería concretamente a la lucha contra las enfermedades; en relación con éste significado de la palabra, las personas debían cumplir con ciertos requisitos considerados y dictados por los filósofos, científicos o religiosos para asegurarse de que tenían salud, si no los cumplían entonces estaban enfermos, esto es correcto en el sentido biológico y radical de la palabra, donde no existen términos medios.

Así, se identifican en principio dos factores fundamentales para que se de el estado de salud-enfermedad, Hipócrates, Descartes y Engel, retoman el factor biológico y Descartes el factor psicológico.

En 1978, luego de tomar conciencia de lo que verdaderamente significa estar saludable, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el estado de salud como *“el completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedades”* (Sarduy y Alfonso, 2001). Es decir que, en el proceso llamado salud-enfermedad, se debe tener claro que salud, no significa sólo ausencia de enfermedad, ni que en la enfermedad, exista solo malestar. Se habla de un estado de bienestar, donde el individuo reporta sentirse satisfecho, feliz, “bien”; el ser humano puede padecer una enfermedad, pero encontrarse en un estado saludable, esto es, que a pesar de la enfermedad, el ser humano puede tener una buena calidad de vida, lo cual lo hace sentirse y verse saludable, sentirse y verse bien. Y, la mejor forma de encontrar esa buena calidad de vida es retomando los factores arriba mencionados, como factores que se interrelacionan entre si, existiendo una afectación mutua ya sea positiva o negativa, la cual influirá sobre la calidad de vida del ser humano, y ésta última debe representarse en el ámbito biológico, psicológico y social.

De esta manera (Bosch y Ferrer, 2001) mencionan que la salud es *“el resultado de las condiciones de vida y trabajo de las comunidades históricamente determinadas por la estructura social, cultural y económica predominante en cada momento”*; y éstos mismos factores, por tanto, pueden ser la causa del estado de enfermedad de las personas. Así se añade el tercer factor tan importante para lograr un buen estado de salud que es el factor social. Es decir, si las condiciones sociales, culturales y económicas son las adecuadas, y si a esto se suma un buen control biológico y un estado de bienestar

psicológico, el individuo, generalmente gozara de buena salud. De no ser así, se inclinara hacia un estado de enfermedad.

Actualmente, la referencia al proceso llamado: “salud-enfermedad”, hace alusión precisamente a esa situación biológica, psicológica y social donde las personas pueden pasar de un estado saludable a uno no saludable, debido a diversos factores que llegan de manera gradual y se van de la misma forma, o permanecen formando parte de la condición “natural” del individuo. Es decir, que las personas se encuentran en un determinado momento del proceso, por lo tanto no están totalmente sanas o enfermas, sino en un estado ligero, mediano ó muy saludable. O dicho de otro modo en un estado ligero, mediano o muy enfermo. Cuando una persona debido a diversos factores contrae una enfermedad crónica, no se puede hablar del movimiento gradual del estado de salud al estado de enfermedad, debido a que la enfermedad crónica permanece hasta el día de su muerte, pero sí es posible hablar de calidad de vida y de estilo de vida saludable. Por ello, la persona puede sentirse saludable aún padeciendo una enfermedad crónica.

El ser humano debe encontrarse en alguno de los dos extremos del proceso salud-enfermedad ó en un punto intermedio, pues al estar en contacto constante con los factores que influyen para que se de la salud y/o la enfermedad, el ser humano tiene siempre la posibilidad de iniciar el proceso hacia la enfermedad, si es que se encuentra en el relativo estado de salud o de iniciar el proceso hacia la salud, si es que se encuentra en el estado de enfermedad (Senado, 1999).

Lograr un estado saludable de vida implica el intento de eliminar la enfermedad o al menos de controlarla, pero también implica, en caso de no padecer enfermedad alguna, prevenir que ésta se presente o simplemente se busca la sensación de bienestar.

El proceso salud-enfermedad, expresado como la unidad de lo natural y lo social en el hombre, no forma un todo con dos polos opuestos, sino que se observan en él diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, lo cual es posible gracias a los modos y estilos de vida que son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto, los modos y estilos de vida desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positiva o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales de riesgo. Así, la salud y la enfermedad son dependientes de

los hábitos y costumbres del ser humano y del resultado de las acciones y los esfuerzos que durante su vida cada cual hace por cuidarse y mejorar (Senado, 1999).

Así la salud y la enfermedad obedecen a la adaptación y equilibrio entre ambos estados o la inadaptación (Romero, 2002), se trata de un proceso bidireccional dependiente de diversos factores como son el biológico el psicológico y el social, pero, para afirmar que un individuo está sano, es necesario considerar objetivamente 4 condiciones:

- **Morfología:** Que no haya alteraciones macro o microscópicas en la estructura ni la realidad ajena al cuerpo.
- **Función:** Las funciones vitales expresadas en cifras valorativas, se deben encontrar en los rangos de normalidad.
- **Rendimiento vital:** Debe existir rendimiento sin fatiga excesiva y sin daño aparente de lo que demanda el rol social del individuo.
- **Conducta:** el individuo debe comportarse adecuadamente de forma objetiva y subjetiva. Si éstos cuatro elementos coinciden hay salud (Romero, 2002).

Respecto de estos cuatro puntos, es necesario añadir que si bien son los profesionales de la salud quienes determinan si existen o no en un individuo, es el propio individuo quien al final decidirá si “se siente o no saludable”. Si puede llevar su vida de forma “normal” o no, según sus expectativas, experiencias y percepciones sobre su salud, según su subjetividad.

ESTILOS DE VIDA.

Según (Fernández, 1996), el concepto estilos de vida se refiere a “*los patrones de comportamiento de los sujetos que inciden en su salud (tales como las dietas, el ejercicio físico, la ingestión de alcohol, el consumo de tabaco, etcétera)*”. (McKeown, 1976; citado en Fernández, 1996), realizó un estudio en donde enfatiza que los cambios conductuales y ambientales, al analizar el incremento en los niveles de salud y bienestar de la población, juegan un papel muy importante. Por otra parte, (Lalonde, 1974; citado en Fernández, 1996), menciona que existen cuatro factores determinantes de la salud que son:

- La biología humana (genética y envejecimiento).
- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica y cultural).
- Los estilos de vida.
- El sistema de asistencia sanitaria.

Los tres últimos factores son susceptibles de ser modificados, es por ello que la salud de la población puede y ha podido mejorarse de manera notable en los últimos años. Al respecto, la OMS en 1981, estableció tres metas a cumplir para el año 2000 que fueron:

- Promoción de los estilos de vida dirigidos a la salud,
- Prevención de las enfermedades que pueden ser evitadas y,
- El establecimiento de servicios de rehabilitación y salud (Fernández, Op. Cit).

Metas que cada país ha tratado de darles alcance según sus posibilidades económicas y sociales. Lo que hay que destacar, es que los objetivos se encaminaron específicamente hacia la promoción y prevención de la salud y la enfermedad, además de buscar establecer servicios de salud. Pero no se hubiera podido alcanzar el control de enfermedades infectocontagiosas si no se hubieran realizado acciones respecto de los dos primeros objetivos, los cuales además resultan de vital importancia para la prevención y control de enfermedades crónicas producto de los estilos de vida en las zonas urbanas, principalmente, pero también en las zonas semi-urbanas, las cuales comienzan a obtener los beneficios de la vida urbana, pero también sus males a causa de los nuevos estilos de vida que adquieren poco a poco, con la llegada por ejemplo de centros de comida rápida, con la modificación de sus horarios y tiempos habituales para el trabajo, descanso y alimentación, en fin, que la transición del campo a ciudad trae consigo que la población demasiado rápido adopte ciertos estilos de vida que en realidad son dañinos, más que benéficos para su salud.

Entre las conductas humanas relacionadas con el proceso salud-enfermedad se encuentran:

- Equilibrio dietético en la alimentación.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Práctica de ejercicio físico.
- Ritmos del sueño.

- Prácticas de seguridad y protección (uso de cinturones de seguridad o casco en vehículos, prevención en los contactos sexuales, prevención en los períodos prenatales y prevención de accidentes domésticos).
- Participación en programas de promoción de la salud (campañas de detección precoz de enfermedades y programas de educación para la salud).
- Cumplimiento de las recomendaciones e instrucciones de profesionales de la salud.
- Uso de los servicios y recursos sanitarios de la comunidad.

CALIDAD DE VIDA.

Si los hábitos y costumbres del individuo y su comunidad son buenos, se habrá cumplido uno de los requisitos para que pueda decirse que ellos tienen una buena calidad de vida, lo que permitirá al individuo llevar a cabo sus actividades cotidianas sin dificultades extremas.

El término calidad de vida, fue creado en el ámbito empresarial, donde funcionaba como indicador de rendimiento laboral, se comprendió más tarde que para obtener una buena calidad de vida era necesario estar saludable y fue así como el término “calidad de vida” se utilizó en el campo de la salud, donde lo importante era que el individuo enfermo lograra su recuperación (Murillo, 1996; citado en Gonzáles, Ordóñez, Feliu, Zamora y Espinosa, 1996). De esta forma, tener una buena calidad de vida era sinónimo no sólo de rendimiento laboral sino de un estado de vida saludable.

Lo que ha dado vigencia al término calidad de vida es que se refiere a una conciencia colectiva proveniente del sentido de responsabilidad común respecto de los hechos ambientales y ecológicos, en éste sentido, el término se refiere a “*su valor planetario, social, comunitario y colectivo*”. Otra razón por la cual el término se mantiene, es debido al surgimiento de la preocupación por los aspectos cualitativos y cotidianos que el desarrollo económico no puede garantizar. Con esto, el término se vuelve más que un término nacido de la revolución industrial, se vuelve un término que engloba aspectos humanitarios que toman en cuenta los detalles a nivel individual y grupal, detalles como los conceptos de dolor, felicidad, satisfacción, bienestar subjetivo, abundancia o

limitación funcional, enfermedad, envejecimiento y miseria; aspectos sin los cuales no sería posible reflexionar acerca del término calidad de vida (Moreno y Ximénez, 1996).

Aunque el término calidad de vida esté íntimamente relacionado con la salud, o con el bienestar subjetivo, debe aclararse que el tener una buena calidad de vida no implica necesariamente que la sensación de bienestar subjetivo se presente en el individuo, ni tampoco que el individuo se encuentre en un total y completo estado de salud y, el hecho de que el individuo goce de un nivel “aceptable” de salud en términos de su percepción de bienestar subjetivo, o en términos biológicos, no implica que tenga una buena calidad de vida.

Ahora bien, la forma como puede evaluarse si una persona tiene o no una buena calidad de vida es midiendo dos tipos de criterios; los objetivos y los subjetivos, los primeros están en función de fenómenos observables como son: la seguridad económica y social, las conductas encaminadas al cuidado de la salud, el nivel escolar alcanzado, etc. Y los segundos se encuentran en función de fenómenos no observables físicamente sino verbalmente como son el hecho de cómo la gente aprecia su vida personal, si le es satisfactoria o no en relación con los fenómenos objetivos; de manera que las apreciaciones subjetivas del individuo, involucran juicios de satisfacción respecto de las situaciones y condiciones de vida que experimentan las personas (Barbosa, 2001). El término, calidad de vida, relacionado específicamente con la salud, puede referirse específicamente a la percepción que tiene el paciente respecto de los efectos de una enfermedad determinada o de los efectos de la aplicación de cierto tratamiento en diversos sectores de su vida, especialmente en los sectores emocionales, físicos y sociales. Por ello, la meta de la atención al proceso salud-enfermedad, se debe orientar no solo hacia la eliminación de la enfermedad sino a la mejora de la calidad de vida del paciente (Gómez, y Sabe, 2000). Sobre todo, se busca mejorar la calidad de vida en pacientes a los que, *”se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud”* (Palomar, 1997). Como es el caso de los pacientes con enfermedades crónicas.

En el ámbito de la salud, para evaluar concretamente la calidad de vida del individuo, se requiere conocer:

- El estado de actividad física del paciente, incluyendo los tiempos de actividad y reposo y el grado de cumplimiento de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales en términos de actividad física.
- El estado psicológico del paciente, poniendo especial atención en el grado de ansiedad y depresión.
- La capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ámbitos: familiar, social, fraternal, etc.
- El propio juicio de sí mismo (González, Ordóñez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996; citados en Barbosa, 2001).

Desde el campo de la psicología, el término calidad de vida, se refiere “*al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria*”. Lo cual indica que, si bien sí se toman en cuenta los componentes objetivos del bienestar descritos anteriormente, se analiza principalmente la percepción del o de los individuos respecto de ese bienestar, igualmente se analizan los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma, ya que por ejemplo, no basta con tener un bien material como indicador de una buena calidad de vida, es necesario desarrollarlo, para que el individuo perciba esa satisfacción la que en realidad le indica su buena calidad de vida (Moreno y Ximénez, 1996).

La calidad de vida, como fenómeno relacionado con situaciones socioculturales, biológicas, psicológicas y económicas (Palomar, 1997), puede ser modificada de manera espontánea por la evolución del proceso salud-enfermedad hacia la enfermedad o hacia la salud ya que la calidad de vida influye sobre el proceso salud-enfermedad no sólo de manera unidireccional; por otra parte, el tratamiento médico y psicológico durante el proceso salud-enfermedad también pueden modificar la calidad de vida, ésta se modifica además con la interacción del paciente con los profesionales de la salud, sus familiares o sus conocidos más allegados.

Se han tomado en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales como determinantes de los estilos de vida del individuo y de la población, como determinantes en su calidad de vida y por supuesto como determinantes de la salud. Los factores mencionados funcionan como: medios de transmisión, como estresores, como fuentes de peligro o protección, como facilitadores de conductas saludables y como proveedores de

recursos para la obtención de la salud. Esto en función de que al convivir en sociedad, el individuo construye las propias representaciones de lo que es la cultura en la que está inmerso, construyendo así lo que se denomina como subjetividad, con ello, el individuo adquiere y reconstruye información no solo de los hábitos y costumbres de su comunidad sino que además construye o reconstruye las formas como debe cuidar de su salud, las formas como debe vivir su enfermedad, aceptándola, negándola, luchando contra ella, etc. Construye también las formas como debe convivir con individuos enfermos, al tiempo en que asimila la forma como los individuos “sanos” conviven con él como individuo enfermo. De esas construcciones, se deriva su forma de percibir su estado saludable ubicándose a sí mismo hacia el malestar o el bienestar (Birulés, 1996).

Es así como el individuo a través de lo que percibe y construye de su comunidad, tiene las herramientas necesarias para percibirse como ser saludable o no saludable, y para dirigirse o no hacia ese estado saludable que solo él puede definir como tal. Y en donde solo él puede encontrar los caminos para dirigirse hacia alguno de esos estados. Si bien puede entenderse con el discurso anterior que el ser humano se encuentra “solo” en su búsqueda del estado saludable, no es del todo cierto, pues para acompañarlo en esa búsqueda existen profesionales de la salud quienes, cada cual en su campo de estudio e intervención, le acompañarán y facilitarán los medios para que logre su objetivo, es el caso del psicólogo social de la salud, quien, al estudiar la subjetividad del individuo en el proceso salud-enfermedad, o al estudiar a la comunidad donde dicho individuo está inmerso, encuentra y le proporciona al individuo más y mejores herramientas para encaminarse hacia el estado de vida saludable.

ETAPAS FUNDAMENTALES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Entender como se da el fenómeno de la enfermedad, implica entender el proceso salud-enfermedad, ya que la ausencia o presencia de los mismos factores que influyen en la salud, puede influir para que el individuo este inclinado hacia un estado enfermedad, la cual está ligada a la ley de la causalidad; donde, “*no hay enfermedad sin causa, no hay enfermedad sin etiología*” (Senado, 1999). Y éste es el primer momento donde, de

encontrarse en un estado saludable, el individuo comienza a dirigirse hacia un estado de enfermedad, hablando en términos lineales.

Existen dos tipos de causa de la enfermedad que son los factores externos y los internos, los primeros relacionados con agentes microbianos, tóxicos, emociones, insolación, ingestión excesiva de alimentos, etc. Y los segundos, relacionados con el sexo, la raza, el tipo constitucional, etc. Los factores externos son los factores ambientales y los factores internos son los factores biológicos o genéticos que hacen posible la acción del agente externo; son necesarias las dos causas, las genéticas y las ambientales, para que se de el fenómeno de la enfermedad, ya que, si no hay una predisposición genética en el organismo, el factor ambiental no puede influir de manera negativa sobre el ser humano (Senado, 1999). Aunque cuando se trata de malestares de orden psicológico no necesariamente debe existir una predisposición genética de parte del organismo, sino una predisposición del mismo orden psicológico dado por el ambiente social donde el individuo se desenvuelve, por ejemplo las condiciones materiales de existencia y de trabajo (Castillo, 2001).

En cuanto se dan los factores adecuados para que el organismo contraiga una enfermedad, el paso de la salud a la enfermedad comienza con:

- Un período de incubación del agente patógeno, período que puede ser corto o largo.
- En una segunda etapa, aún preclínica, la enfermedad puede ser diagnosticada si se hace uso de los controles periódicos de salud.
- En la tercera etapa hay síntomas más o menos manifiestos a los que se les puede dar importancia o no y que el médico puede o no descubrir.
- Por último viene la reacción intensa del organismo provocada por al inadaptación al agente patógeno, en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y con la vida cotidiana del paciente.

La gravedad de una enfermedad, depende del grado de las alteraciones funcionales que provoque (Martín, 1992). Se pueden nombrar entonces dos períodos en el proceso hacia la enfermedad, el prepatogénico y el patogénico. En el primero se ubican los factores de riesgo en relación con el huésped, el hombre, y con el ambiente. Sus características son que ocurre en el medio ambiente antes de ser afectado el hombre,

como parte del estado aparente de salud dentro del equilibrio ecológico, es anterior a las manifestaciones subclínicas, es asintomático y no epidemiológico desde el punto de vista clínico y por último es la etapa de interacción de los factores de riesgo. Éstos últimos pueden ser: físicos, químicos, biológicos, psicológicos y sociales, o simplemente, como ya se dijo, ambientales y sociales o externos e internos. Por otra parte, el período patogénico se inicia cuando comienza la interacción entre el huésped y el agente, que es todo elemento, sustancia o fuerza animada o no cuya presencia o ausencia en relación con el huésped, puede servir como estímulo biológico, psicológico y social para iniciar o perpetuar el proceso de enfermedad; la respuesta del huésped ante el estímulo de enfermedad se traduce entonces en cambios orgánicos y funcionales a través del período patogénico, lo cual constituye las etapas evolutivas del curso de la enfermedad (Pérez, 2002).

El proceso salud enfermedad no tiene una causa única, ocurre por la suma de varios factores (Vargas y Palacios, 1993), mencionan los factores genéticos, ambientales, socioeconómicos, demográficos, culturales y educativos; como factores causantes del proceso salud enfermedad. Es decir que una persona puede enfermar por ejemplo de gripa no solo porque ha hecho mucho frío, sino que además no tuvo dinero para comprar cobijas y además no consumió suficiente vitamina “C”, e incluso, coincidió con que en esa época se encontraba muy estresado y por lo tanto las defensas del organismo no estaban funcionando al cien por ciento, de ésta forma se establece el principio de la multicausalidad con lo que los profesionales de la salud entre ellos el psicólogo se orientan para actuar sobre los efectos específicos como sobre los predisponentes del proceso salud-enfermedad a fin de promover la salud y evitar la enfermedad (San Martín, 1992). En éste sentido, la importancia del psicólogo en el proceso salud-enfermedad radica en que la salud está profundamente influenciada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales de los individuos (Sánchez, 2000). Ya que el ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto. La ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones, irreversibles a la salud del individuo. Por otra parte las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la

falta de servicios de salud pública adecuados, los malos hábitos alimenticios, las adicciones, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a las medidas sanitarias preventivas y el aislamiento social, representan factores de riesgo que actuando continua y gradualmente influirán negativamente en el proceso de salud enfermedad. Si los factores de riesgo vencen sobre los factores positivos el resultado será el deterioro progresivo del organismo y por ello se habla de modificar los modos y estilos de vida, de manera que sean favorables a la conservación de la salud (Senado, 1999).

Por ello, la labor del psicólogo en los servicios de salud es tan importante, ya que, precisamente la especialidad del profesional de la psicología, es modificar comportamientos a fin de mejorar la calidad de vida del ser humano, lo cual se puede lograr brindando atención particular o comunal a través de proyectos educativos; que en materia de salud, pueden estar dirigidos hacia la prevención de la enfermedad, promoción de la salud o hacia la intervención directa para eliminar o controlar la enfermedad a través de la modificación de los hábitos y costumbres que tienen que ver como factores predisponentes o que mantienen la enfermedad; facilitando el psicólogo con éstas acciones, que el individuo como organismo y como ser social retome el camino hacia la salud, en el proceso salud-enfermedad.

CONNOTACIONES PSICOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD.

La enfermedad toma un significado de pérdida para quien la padece en tres sistemas diferentes que son: la pérdida de la salud y el bienestar; la pérdida del status socio-familiar y profesional y la pérdida de la libertad y la autonomía personal (Montes y Bayle, 2002). Y por supuesto, con la enfermedad, también sobreviene la idea de la muerte. Según la gravedad de la enfermedad, ésta tendrá influencia sobre los aspectos mencionados, puede ser que el hecho de padecer una enfermedad sólo influya sobre la pérdida de la salud y bienestar personal y que ésta pérdida dure poco tiempo, por ejemplo, si se trata de padecimientos sencillos y agudos como una gripe, pero, si los síntomas de la enfermedad son duraderos o crónicos, entonces puede sobrevenir además la pérdida del status social en el sentido amplio, ya que la persona al tener malestares, no podrá realizar sus actividades cotidianas de manera normal en todos los contextos en

donde se desenvuelve, con lo que en esos contextos se vuelve poco funcional y por tanto se verá relegado de sus obligaciones normales por otras menos complicadas o incluso, en el ámbito laboral puede ser despedida la persona enferma; por otra parte, si la persona se encuentra en una etapa terminal, se habla de pérdida de la autonomía personal, es decir que la persona incluso ya no puede hacerse cargo de sí misma y por consiguiente depende de otros para sobrevivir.

Con la palabra “Síntoma”, se entiende una estructura que implica que *“el sujeto es y a la vez no es, el mismo, antes que después de determinado suceso”* (García, 1996). Es decir que la enfermedad no solo altera de manera temporal al individuo con la llegada del agente patógeno al organismo, sino que además luego de padecer una enfermedad el individuo puede presentar secuelas de la misma, como cuando quedan marcas en la cara por causa de una enfermedad viral o; las secuelas pueden ser de orden psicológico, donde el individuo siente temor por ejemplo de consumir determinados alimentos que ya le han hecho daño, o en general de realizar o no actividades que sabe que pueden provocarle el regreso de alguna enfermedad. Así, visualmente el sujeto puede ser el mismo, pero biológica, psicológica y socialmente, las estructuras del sujeto han cambiado a manera de adaptarse mejor al proceso de cambio sufrido y de prevenir posibles procesos de salud-enfermedad futuros. Ya que, la historia de una insuficiencia personal, social o de autonomía, quedan presentes en el individuo.

La pérdida de la funcionalidad del sujeto, es una característica que ostenta la ideología de los profesionales de la medicina y la psicología, *“pero se olvidan éstos profesionales de considerar el conocimiento que se deriva de la enfermedad como reacción generalizadora con intenciones de curación”* (Canguilhem, 1984; citado en García, 1996). Ésta última frase se puede entender de diversos modos, uno, es que la enfermedad vista como un estado de crisis en el organismo, genera en el mismo las defensas necesarias para prevenirla en ocasiones futuras en donde se reúnan los factores para que el proceso hacia la enfermedad inicie de nuevo, otro es, que tanto para el enfermo como para los profesionales de la medicina, es un estímulo generador de creaciones técnicas o subtécnicas en pro de la eliminación o control de la enfermedad; con lo que se puede mejorar no sólo la vida del paciente sino de toda la comunidad. Esto resultaría en que el proceso hacia la enfermedad puede ser positivo para encontrar el

camino hacia la salud en momentos futuros, aunque, por supuesto no es una forma deseable de encontrar ese camino, sin embargo, así ha sucedido en padecimientos como el cáncer o la DM, en donde, al surgir el padecimiento se han buscado las técnicas mejores para obtener la cura o la manera de controlar dichas enfermedades y por su parte, los pacientes, tienen que realizar acciones impuestas como tratamiento para controlar o erradicar su enfermedad, pero éstas acciones además ayudan para mejorar en general la calidad de vida no sólo del paciente sino también de sus familiares. Aunque el saber general desde dichos espacios de enfermedad excluye la subjetividad del enfermo, es decir lo que piensa, siente y juzga de su propia enfermedad y de su manera de vivir dicha experiencia. Por lo que no hay que relacionar determinado acto de un sujeto “normal”, es decir “sin enfermedad”, con un acto análogo del enfermo, *“sin comprender el sentido y el valor del acto patológico en las posibilidades de existencia del organismo modificado”* (Canguilhem, Op. Cit.).

“Las terapéuticas y terapias, como modos técnicos de operación médica y psicológica, respectivamente, requieren, siguiendo la enseñanza de Canguilhem, de formas originales y sobre todo, críticas de análisis, que accedan no únicamente a la comprobación de resultados de aquellas operaciones que aspiren a curar a un sujeto, sino a la estructura y dinámica del proceso del mal, para con ello lograr ...trascender la sobrefaz de la enfermedad, de tal manera que sea posible el análisis de las relaciones que hasta cierto punto podrían mantenerse como insospechadas o insignificantes para el proceso de investigación de normalidad y patología (Canguilhem, OP. Cit.)”. Con lo anterior se quiere decir que se debe analizar críticamente y de manera particular las conductas, hábitos y costumbres de cada individuo enfermo, obedeciendo a su particular subjetividad, para encontrar la verdadera estructura y dinámica de la enfermedad, solo así, los profesionales de la salud, estarán en el verdadero camino hacia el encuentro de la cura.

En el proceso salud-enfermedad y según las definiciones de salud proporcionadas por la OMS, encontrar la cura de las enfermedades no es suficiente, es necesario poner más interés por las actividades preventivas y de promoción de la salud, ya que con ello, se evitarían los efectos que el padecimiento produce en el enfermo y por supuesto los costos económicos, sociales, biológicos y psicológicos en materia de salud-enfermedad,

disminuirían considerablemente por lo que el modelo administrativo actual debió incorporar fórmulas que “no poseía”, que son: La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Salinas, 1995); se puso entre comillas la frase “no poseía”, porque, si se revisa el modelo administrativo en materia de salud para México, sí se hablaba de prevención en las décadas anteriores, sólo que no se llevaban a cabo dichos programas o no de manera adecuada y se dejaba de lado la tarea de la prevención; hasta ahora es que se ha hecho pública la necesidad de llevar a cabo este tipo de programas, aunque aún carezca de la infraestructura necesaria para llevarlo a cabo no sólo en cuanto a la infraestructura y materiales, sino en cuanto a la falta de recursos humanos, ya que, la prevención a nivel comunitario y personal, más que ser una labor de los médicos, es una labor que deben llevar a cabo los psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales, por las razones que ya se han mencionado (Cambios en los estilos de vida). Pero, no hay plazas suficientes para el psicólogo y el resto de los profesionales mencionados en los hospitales y centros de salud. Aunque ya se sabe que se deben involucrar los factores psicológicos y sociales en la búsqueda de la salud y en el estudio y atención de la enfermedad (Castillo, 2001).

TIPOS DE ENFERMEDAD.

La palabra enfermedad proviene del latín “infirmitas –atis” y significa: estado del cuerpo humano, animal o vegetal en donde uno o más órganos dejan de cumplir su función fisiológica normal. Hay dos tipos de enfermedad, las agudas que son las enfermedades que se desarrollan de manera intensa y breve y las crónicas que son aquellas que se desarrollan en forma gradual y prolongada.

Dentro de las denominadas enfermedades crónicas podemos mencionar la Diabetes Mellitus (DM), el VIH/ SIDA, la depresión o las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades crónicas requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos para mejorar la calidad de vida del paciente, para ello es necesario la constante participación del paciente, de sus familiares, del médico y de otros profesionales cuya labor se enfoca hacia la salud (Sabaté, 2003), entre ellos el psicólogo, quien, en el campo de la salud, trabaja directamente con el paciente, sus familiares y los médicos que los atienden para

mejorar las relaciones que entre éstos se establecen, pero además coadyuva a que se lleven a cabo adecuadamente las estrategias de prevención y tratamiento de la enfermedad, buscando siempre que, de la mejor manera posible se encuentre el relativo, total y completo bienestar en cuanto al estado de salud del enfermo se refiere. El estado de salud en las enfermedades crónicas es relativo, ya que no puede ser completo y total ya que los síntomas están presentes constantemente y basta un descuido para recaer de manera grave, el paciente, por consiguiente, no puede acceder a un estado de salud, en la totalidad del sentido de la palabra, pero sí puede acceder a un estado saludable con una buena calidad de vida, si sigue el tratamiento que los médicos y otros profesionales de la salud le prescriben, de la forma adecuada, es decir si logra una modificación en sus estilos de vida, recordando que el estado saludable de vida se encuentra al lograr realizar las actividades cotidianas de manera normal, sin complicaciones severas producto de la enfermedad que se padece.

ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Las enfermedades crónico degenerativas se reflejan sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación (Ibanovichi, 1994). Lo que trae para el paciente, además de las mencionadas consecuencias generales de la enfermedad, un cambio en la percepción del propio cuerpo; éstos cambios de percepción personal y éstas consecuencias de tipo personal y social, son factores que influyen para que el paciente cumpla o no de la manera adecuada el tratamiento que su médico les prescribe; al respecto, en el área de investigación respecto de las enfermedades crónicas, se tiene más experiencia en materia de intervenciones dirigidas a hacer cumplir el tratamiento en enfermedades como la hipertensión, el asma, la diabetes y la tuberculosis mediante el Tratamiento Breve Bajo Observación Directa (DOTS) (Sabaté, 2003). El hecho de que éstos tratamientos hayan dado buenos resultados en éstas enfermedades, se debe a que un tratamiento dará mejores resultados si su aplicación es breve, ya que el paciente no responde favorablemente ante tratamientos de tiempos largos de duración (Hulka y Burdette, 1976). Si bien los DOTS, han dado buenos resultados en éstas enfermedades, no son los mejores esperados, ya que el incumplimiento en el tratamiento

por parte de pacientes crónicos sigue siendo un grave problema a nivel mundial, esto se debe a que las enfermedades crónicas, como ya se menciono, son de desarrollo gradual y prolongado, es decir que si enfermedades como la depresión pueden curarse, el tiempo en que se logra el estado de salud puede ser muy largo y, en enfermedades como la diabetes o el VIH/SIDA, no existe una cura, por lo que el paciente sólo puede acceder al control de por vida una vez que se diagnostica la enfermedad con el fin de disminuir la gravedad de los síntomas, por ello, el tratamiento resulta no sólo de una larga duración, sino de una duración hasta la muerte.

Aunado a esto, el notificar a un paciente crónico su estado actual de salud, es un momento que conlleva a una serie de cambios a quien se le notifica; con el modelo contemporáneo de salud, el biopsicosocial, se considera necesario notificarle al paciente sobre la naturaleza de su padecimiento y sobre los estragos que éste pueda llegar a causarle, de modo que el paciente, al conocer su enfermedad y pronóstico, tenga la capacidad de decidir respecto de los procedimientos de curación y puede también reorganizar su vida social y laboral si así lo desea (Ayarra y Lizárraga, 2002). Es decir que se deja en manos del paciente la decisión de tomar un tratamiento adecuado o no tomarlo, la decisión de seguir el tratamiento que se le indica o no seguirlo y además de hacerlo de la forma como al paciente más le convenga, no hablando tanto de conveniencia respecto de su enfermedad, sino de conveniencia respecto de sus hábitos y costumbres. Para persuadir al paciente de lo que más le conviene, el médico debe explicarle detalladamente los pormenores de su tratamiento, pero a veces eso no resulta suficiente, por la razón antes citada, de que el paciente sufre cambios subjetivos respecto de sí mismo, de su enfermedad y de su vida social.

Es en éste momento donde la labor del psicólogo resulta de gran importancia, no sólo para persuadir al paciente de que cumpla adecuadamente con los tratamientos, sino obedeciendo a la particular subjetividad del paciente, investigar la estructura básica de la enfermedad como lo mencionaba (Castillo, 2001), solo entonces podrá modificar los hábitos y costumbres del paciente, hacia la mejora de su calidad de vida; focalizando, el psicólogo, su acción, no solo en el individuo, sino también en sus familiares y en los médicos que lo atienden, pues las enfermedades crónicas no sólo producen efectos hacia los pacientes sino también hacia sus familiares en el entendido de cómo se modifican las

interrelaciones entre éstos. Las acciones que lleve a cabo el psicólogo, también deben dirigirse hacia la comunidad, ya que, las enfermedades crónicas son producto del modo de vida moderno y urbano principalmente, por lo que muchos individuos corren el riesgo de padecerlas, y muchos otros ya las padecen. Se trata de las llamadas plagas modernas en donde la labor comunitaria resulta indispensable. Para llevar a cabo, esta labor, se necesita conocer los hábitos y costumbres particulares de la comunidad que se atiende a fin de detectar los factores de riesgo más importantes y hacia ellos dirigir la atención y la educación de la comunidad.

Las enfermedades crónicas entonces, son enfermedades de larga duración que si son detectadas a tiempo y con el tratamiento adecuado, se puede lograr detener el avance de los síntomas de la enfermedad o sus complicaciones, para ello se necesita que el paciente tome la decisión de seguir adecuadamente su tratamiento, la labor del psicólogo resulta de vital importancia, siempre y cuando a través de la investigación, logre detectar los factores de riesgo más importantes según las particularidades de la comunidad o del individuo hacia donde dirige sus servicios como profesional de la salud, con el fin de dirigir al individuo hacia la lucha contra el proceso salud-enfermedad, pero principalmente hacia la mejora de su calidad de vida. Solo después de ésta ardua labor de investigación, el psicólogo logrará llevar hacia la comunidad modelos de intervención adecuados a sus necesidades.

El psicólogo, como profesional de la salud, juega un papel fundamental en la labor de lograr que el paciente crónico cumpla su tratamiento dirigiendo sus actividades a la modificación de los estilos de vida, para ello, debe dirigir su mirada hacia la subjetividad individual y colectiva. A cómo se perciben y son percibido los que padecen la enfermedad, a cómo se construyen las relaciones entre dichos individuos y a cómo éstas percepciones y representaciones influyen en los estilos de vida del individuo que padece. Se habla de padecimiento, debido a que en éste concepto se *“incluye la atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones, haciendo además referencia a sus dimensiones culturales”* (Kleinman, 1980; citado en: Torres, 2002). Así, para (Torres, op. Cit), el observar la enfermedad crónica como un padecimiento, nos facilita visualizarla “desde dentro”, desde el terreno de la subjetividad individual y colectiva, no desde el tradicional punto de vista médico

que ignora o minimiza dicha subjetividad. Con ello, es posible tomar en cuenta, para el estudio de los padecimientos, *“los significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de un padecimiento crónico”*. Solo de ésta manera se puede lograr que el psicólogo en su búsqueda por conocer los métodos adecuados para lograr la prevención en salud y posteriormente, los métodos de intervención, en determinada comunidad, encuentren las bases subjetivas colectivas que den cuenta de la realidad social en que viven los miembros de dicha comunidad y así, podrán planear métodos efectivos de prevención e intervención, efectivos no solo hablando de manera teórica sino efectivos en cuanto que en la práctica la comunidad responderá de manera satisfactoria, notándose esa respuesta en la mejora de los estilos de vida de la población y por tanto en la mejora de su calidad de vida.

Éste tipo de estudio, puede llevarse a cabo desde la psicología social de la salud, que, utiliza métodos principalmente cualitativos dirigidos hacia la investigación de las subjetividades colectivas para lograr el conocimiento de los estilos de vida en cuanto a salud se refiere en diversas comunidades, pero más que el conocimiento, para lograr la comprensión de dichas subjetividades colectivas y de ahí partir hacia la creación de modelos adecuados para prevenir y/o intervenir en padecimientos particulares, como es el caso de el padecimiento de la DM. En donde la calidad de vida de quienes la padecen, depende en gran medida de sus subjetividades colectivas y de cómo éstas influyen en sus estilos de vida.

CAPÍTULO 2.

NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD Y LA LABOR DEL PSICÓLOGO AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO.

BREVE HISTORIA DEL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA.

Uno de los tres factores fundamentales que se abordaron para considerar en el ser humano un estado saludable es el psicológico. Factor cuyo estudio, está en manos de los profesionales del área, quienes deben procurar por el bienestar psicológico del paciente y de sus familiares, de manera que ese estado de salud psicológico influya también en los factores sociales y biológicos del individuo y sus familiares. En cuanto a lo que salud se refiere, *“el psicólogo tiene actualmente el encargo de proporcionar una respuesta a los fenómenos de salud, desde lo externo, teniendo como campo de trabajo las poblaciones en riesgo, como objeto de estudio los factores psico-sociales o variables comportamentales, como demanda técnica la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida y el cambio de comportamiento de la población y finalmente su tarea: constituirse como una disciplina de apoyo al trabajo médico (Palomino y Hernández, 2003)”*. No siempre fue ésta la labor del psicólogo en cuanto a servicios de salud se refiere, por lo que al conocer las primeras labores del psicólogo como profesional al servicio de la sociedad, se comprenderá cómo y porqué es que el psicólogo tiene actualmente éste encargo, entre otros que también son de su competencia profesional.

Antiguamente, el psicólogo no era un profesional que se debiera ocupar de los problemas de salud física de las personas, de ello sólo podían y debían ocuparse los médicos. El psicólogo sólo era un auxiliar para los psiquiatras o un simple aplicador de pruebas psicométricas. De ahí, la tarea tan importante de mostrar que el psicólogo puede y debe apoyar el trabajo médico no como una disciplina subordinada a la medicina, sino como una disciplina susceptible de ser interrelacionada a la misma altura que ella en sus respectivas áreas, para lograr el bienestar del paciente. A continuación se revisará cómo y porqué el psicólogo paso de ser un simple auxiliar de la disciplina médica a ser uno de

los protagonistas principales en la prevención, mantenimiento, tratamiento y cuidado de la salud individual y social.

La ciencia de la psicología tiene sus orígenes, en la época de los filósofos Griegos; Aristóteles, en su tratado del alma, funda las bases de la actual psicología científica; afirmando que el alma es el acto o esencia de lo que posee la potencia de ser animado, el alma es entonces la posibilidad de llevar a cabo una acción que le da sentido al ser, al objeto o al sujeto, Aristóteles mira al alma como la acción biológica de un ser animado en relación con otro ser animado o inanimado. Los fundamentos de Aristóteles se pierden en el tiempo hasta que son recuperados por los padres de la iglesia en la edad media, ya que ellos tienen el acceso al aprendizaje formal y a los libros “paganos” guardados en las bibliotecas eclesiásticas (Ecco, 1998). Así, San Agustín y Santo Tomas retoman el concepto de alma de Aristóteles y le dan a la acción biológica un carácter divino donde el alma es un ente otorgado por Dios a cada ser humano para que su cuerpo tenga vida; ésta nueva visión estaba evidentemente influida por la religión católica, la idea fue aceptada y difundida entre los miembros de la iglesia, lo cual permitió que se extendiera hacia los letrados de la época y entre los feligreses del mundo lo que permitió que la idea se mantuviera vigente hasta nuestros días. Filósofos como Descartes, que retomando el modelo mecánico que dominaba la época y con el modelo religioso aún influyente, le da un pequeño giro al concepto de alma y le atribuye el poder de mover el cuerpo humano y la separa de él; son, el alma y el cuerpo, dos cosas separadas; una, el cuerpo, subordinada a la otra, el alma, decía que el alma ocupaba el lugar de la glándula pineal en el cerebro y que era allí, donde en realidad se llevaba a cabo la acción, para posteriormente transmitir al cuerpo la orden de llevarla a cabo. De éste modo sumerge la ciencia psicológica en el dualismo mente-cuerpo que aún en nuestros días se manifiesta, tomando al individuo no como uno solo, sino como un conjunto de partes. Lo cual es correcto con fines de estudio, pero no para conceptualizar lo que es un individuo, un todo, como se retoma actualmente en el modelo biopsicosocial. Descartes vuelve los pasos, aunque sea un poco, hacia el sentido biológico del alma, lo cual hace al comportamiento humano susceptible de ser estudiado y de que éste estudio pueda ser considerado científico.

Luego de varios intentos por retornar a un estudio naturalista de la psicología, Wundt, en 1879, inaugura el primer laboratorio de psicología, aunque no precisamente se hicieran experimentos psicológicos en él, sino más bien fisiológicos, pero sienta las bases para los futuros experimentadores psicológicos como Thorndike, Watson y Skinner; fundadores de la filosofía conductista (Kantor, 1990), la cual, hasta nuestros días tiene gran influencia entre los psicólogos y con la cual se han creado diversos métodos y técnicas para tratar los problemas del comportamiento humano y la influencia de éste sobre diversos padecimientos biológicos.

A la par de éstos científicos, hubo otros que incursionaron en el mundo de la psicología desde un punto de vista no tan estrictamente biológico, sino subjetivo, para estudiar el comportamiento humano, centrándose en el consciente e inconsciente, con lo que sin duda se lograron encontrar respuestas a padecimientos que estaban fuera del alcance de un estudio puramente biológico, ya que éstos estudios en su época dejaban fuera el aspecto de la influencia social y de la convivencia humana; así a principios del siglo XX, Charcot y Freud, en su interés por descubrir la naturaleza de la Histeria, se basaban en el método hipnótico para tratar de curar a sus pacientes a través de un minucioso estudio del inconsciente, en donde se guardaban los recuerdos y pensamientos que difícilmente el ser humano expresaba o recordaba en los momentos de lucidez. Freud se da cuenta de las limitaciones de éste método, ya que si bien el médico podía analizar lo que expresaba el paciente en éste estado, el paciente, luego de salir del transe, no recordaba lo sucedido. Con lo cual se dificultaba la “curación” del mal que lo aquejaba ya que éste negaba tener tales recuerdos o pensamientos pues generalmente éstos eran reprimidos, precisamente porque la sociedad los juzgaba como malos, amorales o anormales. Es por eso que Freud desarrolla, el método de la asociación de ideas, donde el paciente en un estado lucido, relata sus sueños, sus pensamientos y las ocurrencias particulares o extrañas de su vida cotidiana y luego con ayuda del psicoanalista asocia éstas ideas y logra encontrar la causa reprimida del padecimiento, con lo que resulta posible actuar sobre éste. Surge así el psicoanálisis, como un método de investigación e intervención para tratar las patologías mentales y Freud se convierte oficialmente en el padre de ésta rama teórica.

El psicoanálisis es una rama teórica de gran importancia para la psicología y trasciende hasta nuestros días principalmente como un método para tratar diversas psicopatologías (Phares, 1992); según la rama teórica derivada del psicoanálisis que siga el psicólogo, el psicoanálisis también sirve como un método para entender la subjetividad del paciente, lo cual, a final de cuentas, ayuda a éste último a darle un nuevo sentido y significado a su subjetividad y por tanto puede adaptarse mejor a su vida en sociedad.

Desde los inicios de la ciencia psicológica, se buscaba no sólo el conocer en sí mismo, sino también el conocer para intervenir en los diversos padecimientos asociados con el objeto de estudio psicológico, que si bien puede variar según la perspectiva teórica desde la cual se aborda el problema; por ejemplo para los conductistas, el objeto de estudio es el comportamiento o la conducta humana en relación con el medio ambiente, para los psicoanalistas el objeto de estudio es el inconsciente humano, pero en ambos casos el punto de partida es el comportamiento humano, porque hace o deja de hacer, porque dice o deja de decir, solo la forma de abordar el fenómeno es distinta.

El objeto de estudio de la psicología, sea cual fuere la rama teórica desde la cual se aborde, es susceptible de ser estudiado bajo los lineamientos del método científico tradicionalista o no tradicionalista, en el primero, se trabaja en términos más bien cuantitativos y objetivos. En el segundo, el objeto de estudio puede ser subjetivo y el método puede ser cualitativo ya que se toman en cuenta variables socioculturales importantes que causan modificaciones en el comportamiento humano, por ello, no es necesario que en estudios realizados con el mismo método y el mismo objeto de estudio pero con diferente población se obtengan los mismos resultados y conclusiones.

RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y SALUD.

Desde tiempos inmemoriales, la salud estaba asociada, al cumplimiento o no de las leyes religiosas o de las creencias populares, sin embargo, la salud o enfermedad estaba determinada por otro tipo de factores ya sea naturales o sociales, así, las enfermedades más comunes tenían que ver con lesiones ocasionadas por las guerras, o con parásitos y virus que al paso de los siglos resultaban fácilmente eliminables con el descubrimiento

de la penicilina; ó, prevenibles, con el descubrimiento de las vacunas. En la actualidad se ha descubierto que diversos padecimientos además de tener un origen biológico, tienen un origen psicológico y social; es decir los padecimientos ya no se deben mayoritariamente a infecciones malignas, sino, en muchos casos, se asocian a un estilo de vida poco saludable, el cual a su vez está determinado por factores de tipo sociocultural, como es el caso de las comunidades urbanas.

Éstos déficits o excesos en el estilo de vida de las personas afectaba desde la edad media, donde las grandes plagas se debían a los estilos de vida en sociedad, como por ejemplo, la falta de drenajes y el hacinamiento, las costumbres alimenticias influidas por la religión como el ayuno, o las actividades religiosas como la autoflagelación; se pueden citar numerosos ejemplos donde el estilo de vida en sociedad influía para que se viera minado el estado de salud de la población. Actualmente también encontramos que los tipos de alimentación dictados por la moda para lograr la delgadez extrema, pueden llevar a las jovencitas a padecer anorexia o bulimia; que se consumen diversos tipos de drogas para pertenecer a un grupo de amigos o como parte de la convivencia en fiestas y reuniones; que el uso de artículos como los celulares, cuyo uso resulta de gran necesidad (necesidad creada por la mercadotecnia y las exigencias sociales), pueden causar problemas como el cáncer; etc. Estos ejemplos de cómo los estilos de vida en sociedad facilitan la pérdida de la salud y del estado saludable de las personas, pueden ser prevenibles, controlables y tratables, si se trabaja sobre el comportamiento humano individual. Y es precisamente ésta el área de trabajo del psicólogo.

Y precisamente en el área de la salud es donde se da una de las principales incursiones de la ciencia psicológica, porque el psicólogo trabaja sobre el comportamiento individual del ser humano y éste comportamiento es determinante para obtener una mejor calidad de vida y un estilo de vida saludable, pero, ¿Cómo es que el psicólogo puede influir sobre el comportamiento individual en materia de salud? Para responder a ésta pregunta es necesario revisar diversas áreas de la psicología donde los psicólogos se adentran en materia de salud, estas áreas son: la psicología clínica, la psicología médica, la medicina conductual, la psicología de la salud y la psicología social de la salud. Cada una con diferentes enfoques teóricos y creadas para diferentes

necesidades socio-temporales, que pueden o no ser aplicadas actualmente con éxito, según su objeto de estudio particular.

PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Luego del surgimiento de la disciplina científica, algunos psicólogos, o profesionistas que incursionaban en el campo de la psicología, se dedicaban a la obtención del conocimiento puramente científico del área, otros se dedicaban a aplicar ese conocimiento para cubrir las demandas sociales de la época. Enfocando su trabajo en el desarrollo biológico e intelectual del ser humano, en el desarrollo social, o, en los temas relacionados con la salud mental. De ésta forma se crearon las bases de la psicología educativa, industrial y clínica entre otras. Los psicólogos clínicos en sus inicios se ocupaban específicamente de la salud mental; a finales del siglo XIX, ellos realizaban su labor en los hospitales donde se atendía a éstos enfermos, los cuales eran tratados brutalmente y los psicólogos veían limitada su labor por médicos y psiquiatras a los cuales subordinaban su trabajo, laborando más como enfermeros que como psicólogos ya que no podían tomar decisiones sobre el enfermo si no eran autorizados por sus superiores. En la búsqueda de un trato más humanitario para los enfermos mentales y de técnicas para mejorar tratamientos, se establecieron las bases de la psicología clínica y se determinaron las habilidades básicas de los psicólogos clínicos que son: la evaluación, investigación e intervención (Phares, 1992). Desde 1940, los psicólogos clínicos se ocuparon en definir y describir el desarrollo de la personalidad y en probar que ésta era y es susceptible de ser modificada. Ramas de la psicología, como el psicoanálisis, el conductismo, o el cognocitivismo crearon técnicas de modificación de conducta desde su particular punto de vista; así surgieron las terapias individuales, centradas en el cliente, de grupo, etc. también surgieron diversos enfoques que más que pensar en una rehabilitación, se ocupaban de la prevención, así, en 1960, surge la psicología comunitaria y en la década de los 80's, surge la psicología sanitaria; en la que los psicólogos clínicos se ocupan de la prevención de los problemas de salud mental, y de problemas relacionados con lesiones, basándose en técnicas de modificación de conducta (Phares, 1992). A mediados de los años setenta, el papel del psicólogo clínico

se centraba en atender trastornos mentales, pero, a partir de ésta época, comenzaron a interesarse por los campos de atención a la salud, buscando: el aumento de la salud y el bienestar de las personas, la prevención y modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos psicosociales que pudieran ser controladas, y buscar el mejor funcionamiento y máximo bienestar posible en los casos de trastornos crónicos (Buceta, Bueno y Mas, 2000). Así, los psicólogos que trabajan en el área clínica colaboran con la salud mental de los individuos y con la obtención de un estado de salud físico. Esto último lo logran a través de métodos individuales, considerando como objeto de estudio e intervención sólo el comportamiento del individuo en un contexto determinado, trabajando desde lo individual. Hay que recordar que la salud es el resultado de diversos factores que deben ser estudiados en conjunto, y en la medida de lo posible, se debe intervenir sobre ellos de igual manera, en conjunto. Pero el área de la psicología clínica interviene sobre los problemas de salud viendo éstos exclusivamente desde un punto de vista comportamental, dejando en términos secundarios los aspectos sociales y fisiológicos.

PSICOLOGÍA MÉDICA.

Otra de las áreas de la psicología dedicadas a la intervención en los problemas de salud es la “psicología médica”. Surge por la necesidad de adaptar a las teorías biologists de la salud, específicamente a la medicina, los conocimientos psicológicos pertinentes para lograr una mejor atención médica y para contribuir a que su intervención tuviese mayor éxito y por tanto, la salud de los pacientes mejorara notablemente.

El significado del término “psicología médica” varía según el lugar donde se utilice. Por ejemplo, en Inglaterra y en España, el término es sinónimo de la especialidad médica conocida como psiquiatría, al respecto, (Insua, 1985), opina que la psicología médica surge como *“una especialización cuya característica principal es la generalización, el enfoque multidisciplinario y la integración de las prácticas médicas, su campo, que es muy común a todas las formas del ejercicio de la medicina, pertenece a dos disciplinas muy diferentes: la psicología por un lado y la medicina por el otro...si*

bien la psicología médica es hija de la psiquiatría, y surge del hecho de que su campo ha ido ampliándose, sin embargo es algo más que la psiquiatría...la psiquiatría...no abarca todo el campo de la psicología médica. Se refiere siempre al estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales o psíquicas y en su aspecto de salud mental tiende específicamente a promover el bienestar psicológico de la población. La psicología médica...tiende a promover la salud en todos los aspectos psíquicos o somáticos del individuo integrado en la comunidad. Por ésta razón el especialista en psicología médica necesariamente, y como condición implícita en su especialización, es un psiquiatra. Pero algo más que un psiquiatra”.

En Estados Unidos, el término es conocido como una subespecialidad de la psicología clínica caracterizada por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física (Becoña, Vazquez y Oblitas, 2000). El término *Psicología Médica* “en general, abarca todos los conocimientos de la psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico paciente o, la personalidad del médico en relación con el diagnóstico personal y comprensivo y con los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia” (Alonso, 1989).

La psicología médica, según lo define (Alonso, 1989), sirve como auxiliar para los médicos y psiquiatras. Así, los médicos-psicólogos, o psicólogos-médicos, según cual sea su formación primera, pueden hacer sólo entrevista y evaluación acerca de la personalidad del paciente, no pueden intervenir al respecto. Es decir, que se dedican a la investigación y diagnóstico de la personalidad del paciente, en caso de ser psicólogos-médicos y, por su parte, el médico-psicólogo toma en cuenta principalmente las relaciones médico-paciente, es decir la personalidad del propio médico y la personalidad del paciente según definiciones psicológicas, para entablar una relación adecuada con el paciente, y de ésta forma lograr que la intervención médica sea más eficaz, ya que su principal función es la de resolver problemas orgánicos, no comportamentales. Así, la psicología médica se ve limitada a intervenir sobre problemas de salud vistos exclusivamente desde el punto de vista fisiológico y de relaciones interpersonales entre dos individuos, el médico y el paciente. Dejando de lado las interacciones sociales y la

forma como éstas también influirán sobre la evolución del diagnóstico, tratamiento, intervención y prevención de la salud del individuo.

MEDICINA CONDUCTUAL O COMPORTAMENTAL.

(Schuartz y Weuss, 1978), mencionan que la Medicina Conductual, es el campo intradisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias: comportamental y biomédica, relacionadas con la salud, la enfermedad y la aplicación de éste conocimiento y éstas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación; es por tanto, la Medicina Conductual o comportamental un área de la psicología que se especializa en el campo de la salud integral. (Buela-Casal, Caballo y sierra, 1996), definen la medicina comportamental como *“la disciplina intradisciplinar 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 éste conocimiento y de éstas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación”*.

Los objetivos de la medicina conductual o comportamental son:

- 1.- La intervención directa,
- 2.- Entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones,
- 3.- Entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico,
- 4.- Modificar patrones de conducta para la prevención de enfermedades y
- 5.- Diseñar nuevas estrategias de intervención.

A diferencia de la psicología médica, donde también se utilizan en conjunto los conocimientos médicos y psicológicos dirigiendo la atención hacia lo fisiológico, la medicina comportamental dirige su atención hacia lo psicológico, es decir, que partiendo de los conocimientos obtenidos acerca del comportamiento humano, se buscan alternativas para que el paciente modifique dicho comportamiento y forme así parte activa en la obtención de la salud integral, de ésta manera, el análisis psicológico no se queda sólo en la etapa de analizar las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente, sino que además el psicólogo interviene directamente con el paciente para modificar su comportamiento, relacionándolo con la salud fisiológica. Y respecto a la

forma de cumplir con los objetivos arriba mencionados (Buceta, Bueno y Mas, 2000), establecen 4 niveles de prevención y atención, que son:

1. Prevención primaria: aplicación de estrategias comportamentales para fortalecer la salud y prevenir enfermedades que todavía no estén presentes.
2. Prevención secundaria: aplicar estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema sea grave.
3. Tratamiento de enfermedades: uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas y;
4. Prevención terciaria: Reducir la probabilidad de recaídas en alteraciones ya superadas y aliviar los efectos perjudiciales que se derivan de los trastornos crónicos.

El sujeto de estudio de la medicina comportamental, es el individuo enfermo como unidad, en su relación con el médico y con el tratamiento. El objetivo principal es prevenir, evaluar, intervenir y rehabilitar, al paciente en relación con su enfermedad utilizando las técnicas conductuales pertinentes. Los psicólogos trabajan básicamente en la investigación, detección y diagnóstico enfocados hacia la intervención y rehabilitación de pacientes con problemas orgánicos en donde el comportamiento juega un papel importante y su área de trabajo es el individuo, es decir el trabajo esta enfocado principalmente hacia el paciente.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Las áreas de la psicología anteriormente mencionadas, fueron creadas para cumplir una demanda social relacionada con el campo de la salud; aunque en cada una existen objetivos y métodos diferentes de trabajo una característica que tienen en común, es que buscan el bienestar del individuo, por ello sus métodos están dirigidos hacia el trabajo individual principalmente. Las demandas sociales y científicas se dirigieron más allá de la búsqueda de la salud individual, pues se comprendió que para llegar a ella también había que buscar la salud social, así, de la definición de salud que da la OMS, surge la psicología de la salud como una alternativa a las necesidades actuales, donde el psicólogo juega un papel muy importante en la intervención individual y en la

intervención grupal con las personas que se encuentran alrededor del enfermo o en las comunidades. Los primeros constructos teóricos acerca de la psicología de la salud, se encuentran aproximadamente en 1977 cuando Engel, después de descubrir que los problemas mentales tenían también manifestaciones físicas, se dio cuenta de que éstas enfermedades podían ser tratadas mediante procedimientos psicológicos y que con éstos procedimientos se podía intervenir sobre enfermedades de origen aparentemente biológico (Oblitas y Becoña, 2000); Engel plantea un modelo alternativo biomédico, el biopsicosocial, que destacaba su importancia por considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y sus tratamientos (Galván y Hernández, 2003).

En esa época existía la necesidad de crear un área de la psicología que se encargara de la salud psicológica del individuo y que se basara en la definición de salud que proporciona la OMS, coadyuvando en el proceso hacia la salud integral del individuo y que atendiera no sólo a las necesidades del individuo enfermo, sino también las de su comunidad, en el entendido de que la salud o la enfermedad, son procesos que se ven afectados también por el entorno social de un individuo (Bosch y Ferrer, 2001 y; Matarazzo y Carmody, 1983 en Phares, 1992), así, en 1978 la psicología de la salud fue introducida como una área de investigación por la Asociación Psicológica Americana (APA). Y definida por Matarazzo el mismo año como *“El conjunto de atribuciones educativas científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas”* (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996). Esta fue y sigue siendo la definición más aceptada por los psicólogos de la salud, ya que plantea cuatro líneas de trabajo fundamentales para el área:

1. Promover y mantener la salud: lo que incluye la realización de campañas donde se exhorte a la población para que realicen actividades en pro de su salud.
2. Prevenir y tratar la enfermedad: mediante la modificación de hábitos que favorezcan la aparición o evolución de la enfermedad, de igual modo enseñar a los individuos a adaptarse a su enfermedad y a seguir los regímenes de su tratamiento.

3. Estudiar la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas: Se incluye el estudio de las causas y consecuencias conductuales y sociales, además de las biológicas de la salud y la enfermedad entendidas como entes separados y como proceso y;
4. Estudiar el sistema sanitario y formular una política de salud: con ellos se manifiesta la necesidad de analizar e intervenir en el papel que juegan las instituciones públicas o privada de salud a sí como el personal de salud en el comportamiento de la población en cuanto al cuidado de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Posteriormente, la APA, establece los 10 objetivos fundamentales del área de 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 cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse a 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 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 estilos de vida personales y de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser conciente 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 en lo que a las relaciones 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. 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 y;
10. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familiares (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Con lo anterior, es posible decir que la psicología de la salud, abarca de manera global el estudio, prevención, detección e intervención en las tres esferas que influyen en el proceso salud-enfermedad, y con las cuales es posible obtener un estado de salud óptimo. Por lo tanto, el hecho de que con ayuda de la psicología de la salud se pueda intervenir en las tres esferas, convierte a ésta rama teórica en la más adecuada para acercarnos a los procesos de salud enfermedad con la plena confianza de que no se dejarán de lado uno o algunos de los factores sobre los cuales la salud encuentra su base y por lo tanto, los resultados del ejercicio psicológico que va desde la investigación hasta la intervención, serán más eficientes y completos en cuanto al encargo social que el psicólogo de la salud tiene. Que es coadyuvar en la búsqueda y obtención de la salud humana.

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD VENTAJAS PARA ATENDER PROBLEMAS DE SALUD COMUNITARIOS.

(Buela, Caballo y Sierra, 1996), realizaron un cuadro donde se pueden comparar las diferencias o similitudes existentes entre la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud.

	Objetivo	Modelo	Énfasis	Sujetos
Psicología clínica	Trastornos psicopatológicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
Medicina conductual	Trastornos físicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
Psicología de la salud	Salud	Conductual y psicométrico	Promoción y prevención	Comunidad

Tabla 1. Diferencias y similitudes entre la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud.

En el área de la psicología de la salud, a diferencia de la psicología médica y la medicina conductual, el psicólogo no se centra en evaluar personalidades para que médico y paciente conlleven una mejor relación, tampoco se centra sólo en intervenir sobre el comportamiento individual del paciente para lograr una mejoría en su salud, sino que además de retomar esos dos puntos, investiga para prevenir la enfermedad y para tratarla; y trabaja en colaboración con paciente y con todo el grupo de personas involucradas en el proceso; en caso de trabajar con las personas sanas, las campañas de prevención se ubican desde el supuesto de que existen comunidades con prácticas diferentes, que requieren de una atención y de una aproximación específica adecuada a sus necesidades, posibilitando de ésta forma, que la campaña sea eficiente.

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD.

En el apartado anterior se ha definido la psicología de la salud y sus principales objetivos, así como también se ha hecho referencia a la corriente teórica con la que principalmente se trabaja en ésta área de la psicología, que es la conductual o comportamental y la cognitiva. Pero, no sólo a través de ésta teoría la labor del psicólogo de la salud puede desarrollarse de manera eficaz sino también a través de la teoría psicosocial, ya que el ámbito de la salud es uno de los que mayor atención ha recibido de parte de la psicología social aplicada. Esto a razón de que resulta imposible comprender el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva individual sin tener en cuenta los fenómenos de interacción que se dan en éste proceso (Morales y Huici, 1999), los cuales, necesariamente se forman dentro de la convivencia social. Antes de mencionar cual es el objetivo de la psicología social de la salud, es necesario comprender cuales son las capacidades generales con las que cuenta un psicólogo social, que son: “...*el diagnóstico, conducción retroalimentación e intervención en grupos tanto institucionales como no institucionales*”, así, el profesional lleva, al área de la salud la aplicación de sus habilidades, trabajando directamente con grupos comunitarios no institucionalizados o al interior de las instituciones que prestan servicios de salud. Al hablar de servicios de salud, se hace referencia a “...*una serie de instituciones cuyo encargo social es la prestación de servicios médicos y asistenciales*” (Palomino, 1999).

Estas instituciones son entre otras, el IMSS, ISSTE y DIF principalmente, además de las instituciones particulares y de las conformadas por voluntarios como lo son la cruz roja y la media luna roja; dedicadas todas ellas a laborar en el campo de la salud física o biológica principalmente. Pero también cuidan de la salud psicológica y la salud social, aunque el estudio e intervención en éstas áreas no se tomo en cuenta sino hasta mediados del siglo veinte aproximadamente, cuando se interesaron en ellas los organismos internacionales dedicados a velar por el bienestar de la humanidad. Así, desde 1972, la OMS y la OPS, comenzaron a preocuparse y ocuparse de los temas de la salud mental, el ciclo de vida, el trabajo y la salud, las enfermedades no transmisibles y transmisibles y, en general, de los aspectos sociales de la enfermedad (García, 1985 en: Palomino, 1999). Comenzaron a realizarse entonces estudios que integraban la influencia de los aspectos psicosociales en la vida y salud cotidianos de los individuos, de esta forma, se gesta la aplicación de la psicología social a la salud, surgiendo así, la rama de la psicología denominada: “Psicología social de la salud”; que tiene como objeto de estudio a *“las situaciones que emergen de grupos que generalmente se han considerado en riesgo.”* Tomando en cuenta desde los factores del desarrollo individual natural, hasta los factores socioeconómicos que pueden poner en riesgo la salud de un individuo o de toda una población. Basándose para lograr tal objetivo en el estudio de la subjetividad. Así la psicología social de la salud se define como: *“la disciplina encargada de dar cuenta de los procesos de subjetividad que inciden en el fenómeno de salud enfermedad.”*

La psicología social de la salud, se incorpora al campo de la salud aplicando sus contenidos y su metodología al estudio de la promoción de la salud, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad para su comprensión, explicación e intervención. Según (Morales, 1999), la aportación de la psicología social a la psicología de la salud es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de la salud-enfermedad; esto es el análisis de lo subjetivo implicado en el proceso.

Desde la psicología social de la salud, se consideran tres tipos de determinantes psicosociales para el proceso salud-enfermedad, que son: los individuales, interactivos y los determinantes sociales. En cuanto a los primeros, se consideran las características personales como las actitudes, las creencias, las cogniciones en general, los síntomas, la

manera individual de manifestar e interpretar dichos síntomas. En cuanto a los determinantes de interacción, se considera principalmente a la interacción del paciente con el médico o con cualquier otro personal profesional sanitario. En ésta interacción se toma en cuenta el rol del profesional de la salud, es decir si es médico, enfermera, trabajador social, psicólogo o cualquier otro, así mismo, se toma en cuenta la comunicación existente entre el profesional y el paciente, el comportamiento del profesional y el poder que éste ejerce sobre el paciente. Por último, dentro de los determinantes sociales del proceso, se encuentra al paciente dentro de un determinado grupo social como pueden ser los amigos, la familia, los compañeros de trabajo, y las creencias de ese grupo, las actitudes respecto del proceso salud-enfermedad, el estatus socioeconómico del grupo, la influencia que el grupo ejerce sobre el proceso salud enfermedad del paciente, el apoyo social, el rechazo, etc. Al tomar en cuenta los tres tipos de determinantes psicosociales en el proceso salud-enfermedad durante la intervención psicológica, ya sea a nivel preventivo o de tratamiento, se logrará la satisfacción del paciente en cuanto a los servicios de salud se refiere y el éxito o fracaso de la intervención del profesional de la salud en el proceso de salud-enfermedad del paciente, ya sea hacia una completa recuperación, o hacia la obtención de una mejor calidad de vida aunque el paciente tenga que vivir con una enfermedad crónica (Morales, 1999), pero ello dependerá de si se toman en cuenta o no los factores ya mencionados.

El psicólogo social de la salud, es un profesional cuyo trabajo se desempeña hacia el individuo o hacia el grupo, se dedica a investigar, detectar, diagnosticar, prevenir, intervenir, asesorar, etc. Acerca de los procesos de salud-enfermedad. Trabajando no sólo con el comportamiento del paciente sino también con el de sus médicos, familiares y demás círculos sociales que influyen sobre sus procesos de salud-enfermedad; vista la salud, como un proceso integral donde intervienen los factores físicos, psicológicos y sociales en interrelación y, respecto de los factores sociales, el trabajo del psicólogo social de la salud, no se queda sólo a nivel comportamental, sino que también aborda el nivel subjetivo, ya que las acciones del individuo que padece están mediadas por la subjetividad individual y colectiva, es decir se atienden también los procesos emocionales, de deseo, los procesos en donde adquiere significado el padecimiento y la

forma como éste debe ser tratado. Con lo que el área de la psicología social de la salud, es la que tiene un mejor alcance y perspectiva de lo que concierne a la labor del psicólogo en el área de la salud a nivel grupal y también a nivel individual, si lo que importa es analizar o intervenir sobre las influencias sociales en el fenómeno salud-enfermedad, en el campo de acción y en el campo teórico. Es la rama teórica más completa y por tanto eficaz en cuanto al ejercicio de las habilidades generales del psicólogo que van, desde la investigación hasta la intervención tomando en cuenta el nivel objetivo y el subjetivo.

CAPÍTULO 3.

LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.

EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.

El derecho individual a la atención de la salud se atiende a través de diversos organismos públicos que tienen el deber de proporcionar dicha atención, estos organismos proporcionan servicios como la protección ambiental, la prevención y promoción de la salud y el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Pérez, 2002); Para cumplir con la obligación gubernamental de cuidar de la salud de los habitantes se deben desarrollar diversas actividades en campos como la vivienda, la urbanización, la agricultura, la educación, los servicios médicos, etc; ya que es a través de éstos campos que la vida en sociedad influye para que el individuo pueda acceder y ejercer su derecho a la salud. En este sentido, el Estado debe crear actitudes y conductas que eviten la generación de enfermedades en el entendido de que la salud es el completo bienestar físico psicológico y social, y estas actitudes y conductas deben estar encaminadas a que el individuo participe en beneficio de la salud individual y colectiva.

Para mejorar el servicio sanitario, la ley general de salud debe contemplar además los siguientes cuatro grupos de acción: la educación para la salud, la nutrición, el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y la salud ocupacional; dentro de éstos cuatro grupos se puede notar que las actitudes y conductas de los individuos en pro de la salud, son de vital importancia para el éxito de los servicios sanitarios y de salud, ya que realizando actividades individuales y comunales oportunas, encaminadas hacia el logro de una vida saludable en éstos grupos, se puede asegurar que el individuo y su comunidad correrán menos riesgo de contraer enfermedades y por lo tanto mejorará notablemente su calidad de vida.

Al respecto, el sistema actual de salud en México está enfrentando dos grandes retos que son: por una parte, el terminar con las enfermedades propias de un país en subdesarrollo como son las infecciones comunes, la desnutrición, y las muertes materno-infantiles y se deben atender las enfermedades asociadas con la industrialización como

son las cardiovasculares, el cáncer, las adicciones y los padecimientos mentales, entre otras que también se consideran enfermedades producto de la urbanización.

El Estado debe buscar la solución a los problemas antes mencionados primero porque constitucionalmente así se ha establecido en México, pero también porque *“las condiciones de salud tienen una importancia estratégica en la legitimidad de un régimen, pues ellas dan cuenta de su compromiso real con la población”* (Pérez, 1995). Así, el estado de salud de la población es determinante para la salud del Estado; no sólo a nivel biológico sino también psicológico y social, lo que implica un mejor desarrollo social, económico y político, lo que, nuevamente, para la población nacional e internacional, se traduce en un buen gobierno.

Para preservar la salud de la comunidad a nivel nacional, primero es necesario que existan políticas de salud adecuadas para abordar los dos problemas antes mencionados y, éstas políticas deben elaborarse según el momento histórico en el que se esté viviendo. La política actual de la secretaría de salud en México, ha pasado por un largo proceso de cambio a raíz de lo establecido en la constitución política de los estados unidos mexicanos en 1917, cuando se definen los puntos básicos del artículo 4^o constitucional que es la ley general de salud, estos puntos son: La atención médica, la salud pública y la asistencia social. Para dar la debida atención a cada uno de los apartados, existen tres instituciones de salud pública que son: el IMSS, ISSSTE y la SSA, las cuales unen esfuerzos y conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo objetivo es: *“brindar un mejor nivel de salud para toda la población en forma constante así como mejorar sus condiciones de higiene en su medio y en su vida y proteger en todo lo inherente a la salud individual y poblacional”* (Cedeño, 1997) y su propósito principal es: *“lograr una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejoría en el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rezagados y de los grupos más vulnerables”* (Soberón, 1988 en López, 1993). Con éste sistema colaboran los servicios de salud estatales y de las fuerzas armadas además de organismos encargados de dar atención a grupos específicos de alto riesgo con lo que se cubre el ochenta por ciento de la demanda y de las necesidades básicas de la población; coadyuvando con éstos últimos, también existen las concesiones otorgadas por el gobierno para que Particulares brinden los servicios de

salud adecuados a quienes puedan pagar por ellos. Estos organismos deben cumplir con el objetivo y propósito principal del SNS que es luchar contra las ya mencionadas enfermedades (las propias de países en subdesarrollo y las que se consideran producto de la urbanización). Trabajando éstas instituciones desde la misma posición política y desde el mismo modelo administrativo; buscan siempre una mayor eficiencia en la proporción de los servicios de salud a la comunidad.

Con el programa nacional de salud para 1990-1994, se busco principalmente: Desplazar el quehacer estatal constitucional hacia la población con el objeto de sumar esfuerzos financieros; Aumentar la contribución que en trabajo y especie puede otorgar la comunidad; Promover los seguros privado y voluntario. Incrementar la participación de la medicina privada bajo los lineamientos del SNS y apoyar a las instituciones privadas de salud sin fines de lucro mediante la subrogación, subsidio y otros mecanismos; Dar énfasis al auto-cuidado y responsabilizar a la población de su estado de salud. Orientadas éste tipo de acciones hacia los grupos más vulnerables; Focalizar los recursos y las acciones hacia los pobres; con el propósito de brindar un mejor servicio a la población en materia de salud y sobre todo de cubrir las necesidades de las poblaciones más necesitadas como son los habitantes de áreas marginadas, personas con bajos recursos económicos, etc. Siguiendo el plan de los ochentas que era descentralizar los servicios de salud, pero en éstos programas se deja fuera a la parte de la población que por cierto, es la más necesitada, ya que ésa parte de la población es la que precisamente carece de los recursos económicos y sociales, para atender sus problemas de salud. Las estrategias utilizadas por la SNS para cumplir sus objetivos en ése período fueron:

1. Sectorizar.
2. Descentralizar.
3. Modernizar la secretaría de salud.
4. Coordinar intersectorialmente.
5. Buscar la participación comunitaria.

Estrategias que debían ser llevadas a cabo a través de tres organismos de salud:

- Sector salud (IMSS, ISSSTE, SNS, etc.).
- Sector social (SSA) y;

- Sector privado.

Estas estrategias fueron las ideales en el modelo administrativo del sector salud, pero no fueron llevadas adecuadamente, es decir con eficiencia y puntualidad para dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud. A través de ellas, se podría haber llegado aun mayor número de pobladores y se podría haber dado atención oportuna y eficaz a todos ellos, lo que finalmente se necesita para erradicar, controlar y/o prevenir enfermedades. La respuesta se dio desde la perspectiva política y administrativa, pero la realidad financiera que se vivía y se vive actualmente en el país, no permitió que esos programas funcionaran adecuadamente. De allí que se diga que el modelo administrativo que propone el sector salud, depende en gran medida del sector financiero, es decir, de cómo se obtienen los recursos necesarios para llevar a cabo su labor y de como éstos son distribuidos.

El sector salud está integrado financieramente por dos ámbitos:

- PROGRAMÁTICO. Que comprende los programas y funciones del Sistema de Seguridad social. el pago del servicio lo aportan por una parte los trabajadores del estado, por la otra los empresarios y por último el gobierno.
- ADMINISTRATIVO. Comprende a la Secretaría de Salud y se integra por dos subsectores: el de Asistencia Social y el de los Institutos Nacionales de Salud. Quien financia estos subsectores es el estado, ya que destina parte de los impuestos recabados para tal fin.

En la práctica, la prestación de los servicios de salud en México se basa en tres principios:

1. El poder de compra: en donde se asignan los recursos al mercado privado de servicios de salud por parte de quien tiene el poder adquisitivo para utilizarlos.
2. El principio de pobreza: donde figuran instituciones que dan servicio a la población no asegurada, a indigentes o a personas en estado de necesidad financiera que no pueden por tanto pagar una servicio privado.
3. El principio corporativo: donde instituciones de seguridad social obligatoria como el IMSS, otorga servicios médicos y prestaciones económicas a ciertos grupos funcionales u ocupacionales que son definidos por el estado como prioritarios porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición

estratégica en el mercado laboral o en la sociedad, dicho de otra forma a los trabajadores y a sus familiares.

Con éstos lineamientos, hubo un aumento de los recursos financieros destinados al cumplimiento de los programas de salud, lo cual indica que deberían existir mejores instalaciones, mejor equipo y sobre todo, calidad y eficiencia en los servicios otorgados; pero aún era necesario que los recursos obtenidos se distribuyeran adecuadamente entre todas las clínicas y hospitales del país de forma adecuada y oportuna, punto que representa, hasta nuestros días, el problema financiero que enfrentan las clínicas del país además de otros problemas como los que se dan en lo referente a la asignación y disponibilidad de los recursos financieros a causa de una contribución estatal insuficiente, a la falta de oportunidad en la distribución de los recursos federales, al uso de “candados” financieros y disminución en términos reales del financiamiento por el fenómeno de la inflación y por el recorte al gasto destinado a la salud y seguridad social (López, 1993); cuidando de los recursos materiales y de los recursos humanos, éste problema puede solucionarse en cierta medida si además se eliminaran los candados financieros y si existiera mayor transparencia en cuanto a la asignación de recursos se refiere. Para ilustrar la realidad actual del país en materia de distribución de recursos económicos, tenemos que en el 2001, del 100 % de los recursos destinados a la población asegurada, el 71.2 % se destino para cubrir los gastos de personal, el 18.1 % se destino para cubrir gastos en materia de medicamentos y materiales de curación, el 0.8 % se destino a la conservación y mantenimiento de instalaciones y el 9.9 % se destino para el resto de los gastos lo que incluye materiales y suministros, servicios generales, transferencias, bienes muebles e inmuebles, obras públicas, inversión financiera, provisiones económicas, ayudas, pensiones y otras. Por otra parte, el 100 % de los recursos para población no asegurada se dividieron de la forma siguiente: para gastos de personal se destino el 60.8 %, para gastos de medicamentos y materiales de curación el 6.0 %, para conservación y mantenimiento el 1.4 % y para el resto de los gastos se destino el 31.8 % (www.salud.gob.mx). Con ello es posible observar que más del 50% del presupuesto se destina a pagar personal el cual en su mayoría no son precisamente médicos o enfermeras sino secretarías y burócratas encargados de dirigir las unidades médicas. Y menos del 20% se utiliza para material médico o para dar

mantenimiento a las instalaciones, lo cual tiene a las instalaciones y el equipo tecnológico que en ellas se utiliza en un franco estado de descuido por parte de los administrativos.

Hablando del personal que labora dentro de las instituciones de salud (Yañez, 1986), Arquitecto responsable de la construcción de diversos Hospitales en la década de los setentas como el de la Raza, menciona que diseño los mismos con un carácter arquitectónico funcional, funcional para lograr el bienestar biológico del paciente, pensando en construir centros de seguridad social. Dichos centros fueron pensados desde distintos puntos de vista a saber:

- El número de pacientes que debían ser atendidos.
- El número de profesionales de la salud, en especial se toman en cuenta los médicos, que laboraran en el nosocomio.
- Los servicios que debe brindar.
- Los espacios e instalaciones recomendables para el ejercicio de la medicina moderna.
- El número de locales y partes que deben constituir el hospital.
- El equipamiento.
- La posibilidad económica para construirlo.
- La justificación real de su construcción.
- La ubicación geográfica e histórica de la construcción.
- La construcción de espacios para brindar servicios adicionales como es la lavandería, comedor y otros.

La actividad de los hospitales se dirige a cumplir tres funciones fundamentales que son: La prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. De igual forma se realizan dos funciones indirectas pero igualmente importantes para el funcionamiento de un hospital y son la enseñanza del personal médico y paramédico en relación directa con los pacientes y la investigación médica (Yáñez, Op. Cit.).

Para la construcción de hospitales, también debe de tomarse en cuenta el tipo de hospital que debe construirse, a saber, los hospitales pueden clasificarse según diversos aspectos:

- Por el área territorial que deben abarcar sus servicios: rurales, urbanos, regionales o nacionales.
- Por el origen de los recursos que se invierten en su construcción y manutención: privados, descentralizados, municipales, estatales gubernamentales.
- Por el tipo de padecimientos que atienden: generales o especializados.
- Por el tiempo de tratamiento que requieren según la naturaleza de su padecimiento: agudos, de larga estancia y crónicos. Los pacientes agudos permanecen cerca de diez días en el hospital, los de larga estancia permanecen cerca de 90 a 120 días y los crónicos debido a su padecimiento permanecen por tiempo indefinido hasta su muerte.

Como se observo, fueron muchos los factores que se tomaron en cuenta para la construcción de importantes hospitales como el Instituto nacional de cardiología, el Hospital de la raza del IMSS y el conjunto de Hospitales que conforman el Centro médico, entre otros; se tomó en cuenta incluso el clima que imperaba en las zonas donde fueron construidos, el tipo de suelo, la ventilación y la luz, pero no se consideraron factores relacionados con el ejercicio de la psicología ni siquiera como un área de atención hospitalaria, de ahí, que en la actualidad no solo se carece de plazas para psicólogos en los hospitales, sino también de espacios hospitalarios diseñados para tal efecto; a pesar de lo importante que resulta la labor del psicólogo en el área de la salud, no solo como un profesional que suele dedicarse al bienestar mental de los individuos, o que se dedica a relajar a las personas o a lograr que se sientan satisfechas con su forma de vida, sino como un profesional capaz de diseñar modelos de prevención e intervención enfocados a asegurar que la población de que forma parte tenga una buena calidad de vida, estilos de vida saludables y por lo tanto, se encuentre saludable a nivel individual y más que eso a nivel comunal. Se deben abrir, para tal efecto, espacios físicos y administrativos en las unidades médicas a fin de lograr los objetivos del programa administrativo de salud pública. Con lo que se podrían modificar de manera radical las cifras que se presentan en el siguiente apartado, ya que muchas de las principales enfermedades causas de muerte en el país son de carácter crónico y se ha expuesto que, modificando adecuadamente los estilos de vida de dichas poblaciones, estas cifras podrían disminuir de manera considerable.

EL PROBLEMA DE LA DIABETES MELLITUS EN MÉXICO.

A partir de los ochentas y noventas, surgen nuevas enfermedades y por tanto, nuevas causas de muerte, todas ellas determinadas por la forma de vida de la mayor parte de la población del país. Esto a razón de que *“la enfermedad y la muerte como fenómenos colectivos son más aprensibles si se analizan a partir de sus determinaciones históricas desde los niveles macro hasta sus expresiones particulares e individuales”* (López, 1993). Se trata de afirmar con lo anterior que la enfermedad y la muerte ocurridas en una población determinada pueden comprenderse mejor si se analiza la historia de esa población desde lo general hasta lo particular, es decir si se analizan por ejemplo, los usos y costumbres de la comunidad en general y luego se analizan los usos y costumbres de cada individuo para poder determinar cual es la causa de su enfermedad y/o de su muerte. Así al cambiar los usos y costumbres de la población, como pasar de un modo de vida rural a un modo de vida urbano, cambian también, en materia de salud, los factores determinantes del proceso salud-enfermedad y por tanto surgen nuevos padecimientos y/o se agravan las consecuencias de otros aunque pueden ser tratados con la adecuada intervención sanitaria (López, 1993), *“...la intervención sanitaria es capaz de modificar el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades y en diversos casos de impedir el paso de la enfermedad a la muerte”*. Esto puede lograrse gracias a la tecnología creada para preservar la salud humana como las vacunas, los aparatos creados para simplificar la detección y el diagnóstico de enfermedades, y la extensa opción de medicamentos para prevenir, tratar, controlar o erradicar dichas enfermedades; aunque, ésta tecnología no serviría de mucho si no llegara de manera oportuna a la población en riesgo. Igualmente importante resultan las metodologías creadas a nivel psicológico para detectar las subjetividades colectivas y de ésta forma asegurarse de que los tratamientos diseñados para una población en particular sean los más adecuados tomando en cuenta sus creencias y costumbres así como los significados que dichas poblaciones le dan al estado de enfermedad, ya que si no se toman en cuenta esas particularidades subjetivas, no importa que tan avanzada esté la tecnología; el médico y sus recursos no podrán ser efectivos en la lucha contra la enfermedad si la población en riesgo no acepta o no comprende dichas tecnologías y no importa cuanto se comprendan o se acepten dichas

tecnologías, si los que padecen la enfermedad, debido a los significados que otorgan a su padecimiento no son capaces de cumplir con su tratamiento.

Muestra de lo anterior es que, en todo el mundo, la DM, como enfermedad crónica producto de la urbanización y susceptible de ser controlada mediante el mejoramiento de los estilos de vida afecta aproximadamente a 130 Millones de personas y la cifra, para el 2025, puede aumentar a 300 millones. En Estados Unidos, se calcularon cerca de 17 millones de personas enfermas y en América Latina, se calcula que entre el 2001 y el 2006, mueran cerca de 45 mil personas al año por causa del padecimiento (Gagliardino, De la Hera y Siri, 2001; CDC, 2003 y; OPS, 2003). Esas muertes, son producto de un mal control del padecimiento, debido a que, quienes lo padecen no siguen las instrucciones de su médico, no modifican sus estilos de vida y el vínculo que establecen con su padecimiento no resulta el más adecuado para coadyuvar en la mejora de su calidad de vida.

En México las cifras son igualmente alarmantes; (Lezana, 1990), menciona que la tendencia de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas es ascendente, dentro de éstas enfermedades, se toman en cuenta principalmente, la DM; las enfermedades del corazón, los tumores malignos, y las enfermedades cerebro vasculares, justamente en ese orden.

En la década de 1980 a 1990, la DM fue la primera causa de mortalidad hospitalaria en México y ocupaba el tercer lugar en el perfil de mortalidad en el país. Se calculó en éstas décadas que entre el 8 y el 10% de la población nacional la padecía y más de la mitad de ellos no habían sido diagnosticados, por lo tanto, no recibían tratamiento. Se hablaba de alrededor de ocho millones de personas que padecían la enfermedad. Para el 2001, la DM, como enfermedad crónica causa de mortalidad hospitalaria, ocupaba el tercer lugar según la Secretaría de Salud y el primer lugar según el SNS; pero, resulta más relevante que ocupaba el primer lugar como causa de muerte a nivel nacional. Es decir que no se ha podido controlar el aumento de enfermos o el número de decesos, al contrario se ha mantenido y aumentado. Ésta situación se mantiene en parte debido a la política neoliberal implantada en los años 80, donde hubo una deficiencia en la atención sanitaria pública y con ello se dificultó el diagnóstico, tratamiento, control o erradicación de diversas enfermedades transmisibles y sobre todo en las crónico

degenerativas ya que son múltiples los factores por los cuales se presentaban y se presentan aún éstas patologías como públicas. Por ello, el sistema del sector salud no ha podido influir a corto, ni a largo plazo sobre los indicadores de morbilidad de enfermedades crónicas como la hipertensión, el cáncer mamario y cervicouterino y, la DM.

En materia financiera, podemos decir que tan solo en estados Unidos en el 2003 se calcularon gastos de 98 mil millones de dólares a causa de la enfermedad, ya que una vez que ésta se adquiere, lo que resta es controlarla a base de medicamentos principalmente y debido al gran número de personas que la padecen, el gasto es excesivo, sin contar los gastos de hospitalización y de enfermedades producto de las complicaciones que la DM causa; precisamente esto es lo que resulta más grave en México, ya que se destina para el gasto en medicamentos solo el 6.0 y el 18.1 % del total del presupuesto para la población no asegurada y asegurada respectivamente y se está hablando de medicamentos y material de curación en total, es decir medicamentos para tratar diversas enfermedades, con lo cual se ve afectado el sector salud ya que si la diabetes es la principal causa de mortalidad en México, la mayor parte del presupuesto destinado a medicamentos se gasta en medicamentos para tratar la diabetes. Con lo que otros padecimientos pueden desatenderse en materia de proporción de medicamentos.

Éstas muertes pueden evitarse, con la detección temprana y el tratamiento oportuno de la enfermedad, además de que con la actividad realizada por los médicos se puede contribuir a mediano y largo plazo a disminuir el índice de mortalidad ocasionado por ésta enfermedad (López, 1993). Por supuesto el psicólogo tiene mucho trabajo que hacer al respecto ya que parte del tratamiento tiene que ver con la modificación de los hábitos de alimentación y ejercicio del paciente. Así pues, el área de la psicología social de la salud es la más apta para realizar ésta labor debido al enfoque subjetivo que aborda en su método de estudio e intervención.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Se ha mencionado de manera esporádica que para que los modelos administrativos en materia de salud den el resultado esperado, es importante el factor financiero y la

infraestructura con la que se cuenta pero una vez que se optimizan éstos factores, debe comenzarse a hablar del personal que prestará los servicios médicos, no sólo en materia de los conocimientos científicos que éstos deben poseer, sino también en materia de las relaciones que establecen con los pacientes, por ejemplo, en la forma como el médico comunica al paciente lo que debe y no debe hacer para que pueda coadyuvar con la recuperación o mantenimiento de su buen estado de salud o para realizar un buen diagnóstico del padecimiento, evitando con su proceder que por ansiedad del paciente o malas posiciones a la hora de el examen somático se oculten reacciones patológicas, de igual forma, para dar un buen diagnóstico, el médico debe aprender a formular las preguntas adecuadas para ayudar al paciente a describir sus síntomas (Insua, 1985). La forma como el médico interactúa con su paciente, es de vital importancia a la hora de hacer el análisis, el diagnóstico y de dar la explicación de como debe llevarse a cabo el tratamiento de los pacientes.

El médico, debe cumplir con su principal función que es la de curar enfermos, para ello, se vale de los conocimientos técnicos y científicos que posee del cuerpo humano, pero además, debe cumplir con otra función, que es la de prevenir enfermedades, para ello, a los estudiantes de medicina, se les enseñan los procedimientos que deben llevarse a cabo para evitar enfermedades y ellos a su vez, deben enseñárselos a sus pacientes y a los familiares de éstos, además de curar y prevenir enfermedades, deben promover la salud ya que el estado de salud no implica solo la ausencia de enfermedades sino también el bienestar general de manera que el ser humano está en pleno goce de sus facultades y esto deben realizarlo entrando en contacto directo con los núcleos sociales donde laboran. Es decir que la promoción de la salud es un proceso donde se fortalecen los conocimientos, actitudes y aptitudes de las personas para participar bilateralmente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un estado adecuado de salud individual, familiar, laboral y colectiva, mediante actividades de participación social educativa y educación para la salud (Secretaría de Salud, 2000).

Por su parte, los pacientes, exigen al personal de salud algo más que ser curados y educados en materia de salud física. Por ello tienen tanto éxito los “*sanadores no médicos*” (brujos, shamanes, yerberos, etc.), según (Insua, 1985), los pacientes requieren

por parte del médico y de el personal de salud con quien entra en contacto, de “*Solidaridad afectiva*”, es decir requiere ser tratado con cierto grado de familiaridad afectiva ya que a causa del modo de vida urbano, la familia ha perdido en el sentido afectivo, la solidez y capacidad de apoyo que ejercía para con sus miembros, lo que ocasiona una carencia que, al momento de enfermar, debe ser otorgada por el personal de salud. Y los médicos deben por tanto estar capacitados para afrontar estas exigencias ya que de no otorgar la afectividad necesaria para con su paciente, éste buscará alivio y ayuda en quienes no pueden brindarla, los “*sanadores no médicos*” que no poseen la autocrítica médica y que desconocen que no tienen la posibilidad de brindar realmente la ayuda que ofrecen. Esta capacidad afectiva va más allá para el médico, ya que debe tener la capacidad de diferenciar además las ocasiones en que el paciente llega con una queja de malestar físico real o cuando la queja y el malestar es solo producto del estrés de la vida urbana, en donde algunas veces solo con proporcionar calmantes la persona mejora, pero no es el simple hecho de administrar calmantes, sino de la forma y el contexto en que éstos son administrados, dicho de otro modo, el bienestar es producto de la capacidad afectiva del médico para con su paciente (Solignac, 1987). Así, la intervención médica no debe ser inquietante para el enfermo, debe ser completa, precisa y clara y; debe hacer reflexionar educar y evolucionar el ánimo del paciente, para que éste y su comunidad alcancen el estado de salud ideal, en la medida de lo posible y, de ello, debe encargarse el médico en sus interacciones con el paciente y sus familiares.

Para lograr lo dicho, el médico debe valerse de distintos medios y uno de ellos es el psicológico, ya que es a través de los conocimientos psicológicos acerca de sí mismo y del paciente, que el médico podrá dar una mejor atención, es decir, que el médico debe aprender a manejar las experiencias vividas al momento de la consulta y el tratamiento, entre él y su paciente, para poder establecer esa relación afectiva tan necesaria y debe, por supuesto, conocer la importancia de establecer esa relación de la forma más adecuada según las necesidades que observe en su paciente (Schneider, 1985), una vez que el médico ha cumplido con su labor que es la de curar, prevenir y promover la salud con un sentido objetivo y afectivo de su labor, queda en manos del paciente el lograr su recuperación.

Pero, resulta un peso demasiado fuerte para el médico que, según (Yañes,Op.Cit.) apenas cuenta con el tiempo suficiente para atender la gran demanda de servicios de salud por parte de los pacientes, por lo que la evaluación e intervención afectiva debería ser llevada a cabo por los profesionales de la psicología. Aunque no se descarta que el psicólogo deba profesionalizar al personal médico acerca de la manera más adecuada para establecer relaciones afectivas con su paciente, pero sólo establecer relaciones afectivas, no encargarse de controlarlas o modificarlas, eso es tarea específica del psicólogo.

Ahora se puede explicar porqué las enfermedades crónicas no han podido ser controladas en México y en muchos otros países que operan de igual manera. Porque no se respeta lo acordado en materia de salud y no se toma en cuenta el papel del psicólogo como parte fundamental en el proceso que va desde la prevención, detección e intervención en materia de salud, ya que para las instituciones de salud y para los propios pacientes, el psicólogo sólo ayuda en el bienestar emocional del paciente dando cursos de relajación o de superación personal, no se ha tomado en cuenta que además es un modificador de conducta y en éste caso modificador de la manera como el paciente se vincula con la enfermedad, con lo cual el gran paso se da hacia la mejora de la calidad de vida del paciente crónico.

EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

La labor más importante del psicólogo dentro de las instituciones de salud es quizá lograr la modificación del vínculo que el paciente establece con su padecimiento, ya que de ese vínculo depende que el paciente lleve a cabo o no acciones encaminadas a la mejora de su calidad de vida, como es el caso de cumplir o no el tratamiento terapéutico que es definido como “*la medida en que la conducta de una persona coincide con las prescripciones médicas o de salud*” (Haynes, 1979 en Morales y Huici, 1999) y que el paciente cumpla o no es el resultado de las relaciones establecidas entre el médico y el paciente o entre el profesional y el enfermo, pero el psicólogo social de la salud, puede modificar también ese vínculo afectivo. El incumplimiento de lo prescrito por el médico deriva en no consumir las cantidades prescritas de medicamento, no dejar de

llevar a cabo actividades perjudiciales como fumar, tomar, etc; Consumir o dejar de consumir los alimentos adecuados o inadecuados para preservar la salud, resistirse a iniciar una dieta adecuada, a hacer ejercicio, o no acudir a citas de seguimiento y, finalmente abandonar la consulta médica. Aunque, para que los programas nacionales de salud tengan éxito, es necesario que el sistema político esté coordinado con los trabajadores de la salud, con las diversas instituciones, etc. Pero también es de vital importancia que el paciente acuda a consulta, que cumpla con las indicaciones del médico de manera oportuna y que en general desarrolle la habilidad de auto-cuidado de su persona, de otra forma, no será posible su recuperación o el control de su enfermedad. (Martson, 1970; Stone, 1979; DiMatteo y DiNicola, 1982; Dimatteo y Friedman, 1982 y; Dimateo y Dinicola, 1984. En Morales y Huici, 1999), mencionaron que alrededor del 43% de los pacientes caen en el incumplimiento terapéutico, éste porcentaje varía según el método utilizado para medirlo.

Los métodos para medir el incumplimiento terapéutico son 2: Directos y objetivos e indirectos y subjetivos. Los primeros se refieren a pruebas de laboratorio médicas como análisis de sangre y orina. Los segundos se refieren a analizar si se han cumplido los objetivos terapéuticos y preventivos, éste análisis se basa en la opinión del equipo médico, el auto informe del paciente y el registro de las pastillas consumidas. Todos éstos métodos, los directos e indirectos, se pueden realizar juntos, de hecho puede decirse que se obtendrán mejores resultados si se hace así. Se ha catalogado como el método mayormente efectivo el auto informe del paciente, ya que éste suele sobreestimar el cumplimiento terapéutico y subestimar el incumplimiento y éste método es útil sobre todo para identificar a los incumplidores del tratamiento. Pero, independientemente del método para medirlo, el incumplimiento terapéutico propicia efectos negativos que van desde la recurrencia de la enfermedad hasta el descenso del nivel general de salud individual y comunal, lo cual lleva a un aumento en el costo de cuidados sanitarios y produce errores médicos como:

- 1.- Cuando se declara efectivo un tipo de tratamiento sobre otro sin serlo y
- 2.- Cuando se valora negativamente la eficacia de un tratamiento frente a otro (Leventhal, 1985; y Stichele, 1991). Otras consecuencias negativas provocadas por el incumplimiento terapéutico son el bajo aprovechamiento de los medicamentos por parte

de los pacientes, complicaciones médicas y psicosociales, reducción de la calidad de vida del paciente y sus familiares, aumento de la resistencia a los fármacos y el desperdicio de los recursos asistenciales, todo ello a nivel local, regional, estatal, nacional y mundial (Sabaté, 2003).

El 1 de julio de 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló que la relevancia del tratamiento para los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50% y que el porcentaje de los pacientes cumplidos es mucho menor en los países en desarrollo. El problema del incumplimiento terapéutico a nivel mundial, tiende hacia la alta y pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, tuberculosis y trastornos mentales, representaron el 54% de la carga mundial de morbilidad en el 2001 y se prevé que superarán el 65% en el 2020, lo cual indica, ya que las enfermedades crónicas deben ser atendidas de por vida, que si los pacientes no cumplen con sus tratamientos, los costos de los servicios médicos para éstos enfermos aumentarán de forma impresionante (Sabaté, 2003).

Pero cuando no se sigue el tratamiento terapéutico, no sólo debe culparse a los pacientes, sino también a sus familiares y a los profesionales sanitarios que los atienden y por supuesto a los sistemas de salud; ya que todos éstos factores tienen gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes.

Algunos de los aspectos propios de las enfermedades crónicas que influyen en el incumplimiento terapéutico son: la sintomatología, el tratamiento, el costo de los medicamentos, la duración de la terapia y los efectos adversos de la medicación. Se trata de variables de carácter clínico, pero también se toman en cuenta los efectos del tratamiento sobre los hábitos de vida del paciente. En éste sentido destacan los efectos de la sintomatología de la enfermedad, por ejemplo, en las enfermedades agudas, cuya sintomatología se alivia con un tratamiento prescrito por un periodo corto de tiempo, es probable que el cumplimiento sea mayor que en las enfermedades crónicas (Dimatteo y Friedman, 1982). Otras variables que influyen sobre el incumplimiento están enfocadas en el tipo de tratamiento y su complejidad, es decir, la cantidad de medicamentos, el costo de ellos, el tiempo de la medicación, las instrucciones del tratamiento y los efectos secundarios. Al respecto cuanto mayor sea el número de tratamientos prescritos es menor el cumplimiento (Hulka y Burdette, 1976). Por otra parte, (Fuji y Seiki, 1985; y

Haynes, 1979), mencionan que el cumplimiento es mejor cuando la dosis se prescribe en los horarios de una toma en la mañana una en la tarde y una en la noche, así como también el cumplimiento disminuye si se presentan nuevos síntomas, aunque éstos no estén relacionados con la medicación. (Morales y Huici, 1999). Las variables enfocadas al tipo de medicamentos, los horarios, las dosis y las instrucciones para tomarlos, dependen en gran medida del médico que los prescribe, pero también, quien decide o no tomarlos es el paciente en función del tipo de vida que lleva, sus horarios, su capacidad adquisitiva, etc. Si el enfermo ya no tiene la capacidad de auto-cuidado, éstas variables estarán en manos de los familiares del paciente o de quien sea el más allegado a él.

Si bien, es labor del médico orientar tanto al paciente como a los familiares acerca de cuando y cómo debe seguirse el tratamiento, es labor del psicólogo de la salud encargarse de investigar el comportamiento del paciente y del profesional de la salud, así como de investigar como mejorar los sistemas de salud de manera que con ello coadyuve a que el paciente cumpla con su tratamiento oportunamente, ésta investigación aunque se basa en hechos objetivos, también debe atender los hechos subjetivos como la forma como el paciente se vincula con la enfermedad, con el médico y con sus familiares para comprender los significados que éste tiene respecto del proceso por el cual está atravesando y así poder diseñar estrategias adecuadas de intervención; con lo que podrían obtenerse mejores resultados en los servicios de salud. Mejorar la capacidad que tiene el paciente para cumplir con el tratamiento terapéutico es una inversión rentable que evitaría costos excesivos a los sistemas de salud y mejoraría la calidad de vida de los pacientes crónicos.

LA SITUACIÓN REAL DEL PSICÓLOGO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA.

Se ha mencionado antes que en general el papel del psicólogo en los centros de salud se desarrollaba principalmente en las áreas de atención psiquiátrica, en los centros de salud comunitaria, en unidades médicas de segundo y tercer nivel del sistema Nacional de salud y en áreas relacionadas con la selección, reclutamiento y capacitación del personal que labora en éste sector. Como es notorio, la actividad del psicólogo dentro de los hospitales no se enfoca en la atención del proceso de salud-enfermedad, no porque el

psicólogo no quiera realizar esa labor, sino por el desconocimiento que tienen los trabajadores de las instituciones del sector salud respecto de las diversas actividades reales que puede realizar el psicólogo en dichas instituciones (Salinas, González y Castillo, 1999). también se debe señalar la importancia de la interacción que establecen otros profesionales de la salud como son los médicos y las enfermeras con el papel que el psicólogo puede y/o debe desempeñar dentro de una institución de salud, ya que muchas veces éstos profesionales limitan la labor del psicólogo por desconocimiento de causa, por lo que los autores antes mencionados sugieren que otros profesionales de la salud deben conocer el papel fundamental que realiza el psicólogo en cuanto a la prevención y tratamiento de enfermedades viendo ésta acción como una forma más de procurar la salud y bienestar de la población.

(Salinas, González y Castillo, 1999) realizaron un estudio para sondear que tan aceptado o rechazado era el psicólogo como profesional en potencia de laborar en una institución médica y encontraron que el psicólogo ve limitada su labor principalmente en la áreas administrativas, ya que el personal se siente vigilado o teme ser reemplazado; pero es posible insertarse en el campo de acción del sistema hospitalario desde actividades enfocadas hacia la promoción de la salud comunitaria, siempre y cuando la labor se realice como área separada de los servicios de salud biológicos, de igual forma se permite que el psicólogo realice una labor clínica, siempre y cuando ésta sea de terapia breve o de intervención en crisis. Las anteriores reservas son producto de la idea errónea de que el psicólogo entre a las instituciones de salud ya sea a observar y vigilar el trabajo de los demás o a competir con el mismo, ideas erróneas que limitan su verdadera labor profesional.

Del total de psicólogos que laboran en instituciones de salud pública, 61% se ubican en la SSA, el 14 % en el IMSS, el 10 % en el ISSSTE y el 15 % laboran en el Sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); y de ellos, solo el 79 % en el DIF y el 67 y 44 % en el IMSS e ISSSTE, otorgan servicios psicológicos personales; el 18 % de los psicólogos que laboran en las instituciones de salud pública, no realizan labores que involucren el ejercicio profesional (Urbina y Rodríguez, 1993). Por otra parte, (Rodríguez y Rojas, 1996) mencionan que sólo 2000 psicólogos en México, trabajaban en la prestación de servicios de salud para una población de alrededor de 90 millones de

habitantes. Pero el número de psicólogos interesados en el área va en aumento desde la creación de la maestría en medicina conductual en la facultad de psicología de la UNAM, donde fue creado un convenio para que los estudiantes laboraran como residentes de atención primaria para la salud 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 (Rodríguez y Palacios, 1993). Sin embargo, esto demuestra que dentro de las instituciones de salud, sólo se aceptan metodologías principalmente tradicionalistas enfocadas a la modificación de conductas objetivas en el trabajo directo con pacientes, falta entonces mucho por hacer para que los métodos no tradicionalistas sean aceptados dentro de las instituciones hospitalarias en cuanto al manejo de los pacientes que no necesitan de atención psicológica clínica sino de atención a sus vínculos con la enfermedad y a su modificación de estilos de vida. Aún no se acepta que el psicólogo trabaje con éste tipo de pacientes desde un nivel subjetivo, aunque al menos ya se ha volteado la vista hacia dichos profesionales.

Los psicólogos que laboran en el área aplicada a la salud, desde un punto de vista tradicionalista se enfrentan con problemas relacionados con el modelo administrativo ya que en él no se maneja que sean los psicólogos, sociólogos, antropólogos, etcétera, los que se encarguen de los programas relacionados con la educación para la salud, la participación comunitaria, la modificación organizacional de los servicios, etc. Sino que se contempla que estos programas y estrategias sean dirigidos por los médicos principalmente. Esto puede deberse a que durante la planeación de los modelos de atención en salud no se tomen en cuenta a otros profesionales o que se desconozca el área (Ramírez, 1996). Lo que se demuestra con ello, es que en la actualidad el trabajo que el psicólogo puede realizar a nivel hospitalario o de centros de salud, se ve fuertemente limitado por el desconocimiento de causa, por el temor erróneo de que el psicólogo invade campos de acción y por la premisa incorrectamente fundada de que el ser humano se divide en mente y cuerpo y por lo tanto éstos dos aspectos deben tratarse por separado, con lo cual se rompe con la ideología propuesta por la OMS donde el ser humano es un todo, ser psicológico, biológico y social, que tiene el derecho a un estado de vida saludable; así que la forma de abordar los problemas de salud, debería ser desde

una perspectiva interdisciplinaria no multidisciplinaria como se trata de manejar, es decir que los profesionales de la salud deben discutir y compartir sus puntos de vista respecto de un enfermo, no tratarlos cada uno por separado, con lo que solo se logra que el individuo enfermo se sienta como un objeto que pasa de médico en médico recibiendo diversos tratamientos, muchas veces incompatibles entre sí, además de que con ello se descuida eficazmente el terreno de lo subjetivo (Gutiérrez y Padrón, 1995).

De ésta manera se señala la importancia de integrar otros profesionales como son los psicólogos al campo de la salud además de integrar el quehacer de las distintas profesiones, así como también se señala la importancia de redefinir las labores del psicólogo en el sector salud hacia roles y actividades de mayor trascendencia y, a no ser un simple auxiliar médico. Se busca también que el psicólogo no sea relegado como profesional independiente sólo a la intervención terapéutica clínica, que si bien es de suma importancia para la salud de la comunidad, no es el trabajo en el área clínica el que resulta más adecuado para la instrumentación de programas de salud novedosos y de mayor impacto en la salud social (Rodríguez y Rojas, 1996).

Pero, ya que el psicólogo tiene, en la atención directa a los pacientes, un campo de acción abierto, debe aprovechar ésta oportunidad para vigilar que el paciente y la comunidad en general cooperen con los esfuerzos de la secretaría de salud y cumplan con su parte de seguir adecuadamente el tratamiento. Para lograrlo, resulta útil que utilice los medios y métodos que le proporciona la psicología social de la salud como base teórica y práctica, que están enfocados hacia la fomentación y preservación de la salud, prevenir y tratar la enfermedad, identificar los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud y estudiar el sistema sanitario y la formulación de las políticas de salud (Matarazzo, 1980).

Las labores del psicólogo en el campo aplicado real se enfocan en líneas de investigación sobre aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad, por ejemplo el estudio de cómo los efectos del estrés o las relaciones interpersonales influyen en el proceso; el estudio de los sistemas políticos de salud, los efectos de la hospitalización, de la relación del paciente con los profesionales de la salud, la educación y entrenamiento a otros profesionales de la salud y a la comunidad acerca de los factores psicológicos relacionados con la salud, etcétera (Romero, 2002). De ésta forma el

psicólogo también contribuye para que se logren los programas que establece el estado y con uno de los deberes del mismo que es, crear actitudes y conductas que eviten la generación de enfermedades o que coadyuven a la pronta recuperación de la comunidad o de los miembros de la comunidad que se encuentren enfermos, agregando que con ello, los psicólogos, contribuirán a que la población mantenga un estado de vida saludable.

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD PARA LA MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS.

(Ortiz, 1996), menciona que el mejoramiento de la salud de la población solo será posible *“mediante acciones previas al contacto del individuo con el sistema de atención a la salud de cada país, esto es, acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad”*, en un ambiente donde coexisten causas de muerte por enfermedades infectocontagiosas y, las llamadas del desarrollo, que son las crónico-degenerativas, de ellas se presume que son producto del estilo de vida moderna; la diferencia entre ambos tipos de enfermedad, es que las primeras son tratables casi exclusivamente mediante medicamentos y gracias al avance de la ciencia médica, por ello, conforme avanza el desarrollo del sistema sanitario de un país, éstas enfermedades pueden ser erradicadas; con las enfermedades crónico-degenerativas, es diferente, pues la mayoría de ellas son producto de los estilos de vida de una población o de un individuo, por lo tanto, son controlables a través de la mejora de los estilos de vida de la población, lo que se incluye en la promoción y prevención de enfermedades. Así, las aplicaciones de la psicología al campo de la salud se han vuelto fundamentales. La psicología de la salud, inicialmente intervenía en éste campo como *“un modelo preventivo cuyo objetivo era persuadir a las personas para que adoptaran conductas para prevenir la enfermedad y/o sus consecuencias, en los diferentes niveles primarios, secundarios y terciarios...”* (Rodríguez-Marín, 1995; citado en Ortiz, 1996). La labor del psicólogo social de la salud, se enfoca en la investigación detección e intervención en el campo de la salud; trabajando desde una perspectiva subjetiva, por ello es que su labor cobra gran importancia dentro del ámbito de la salud, pues en relación a las enfermedades crónicas

es posible analizar los factores por los cuales el individuo enfermo lleva a cabo o no ciertas acciones durante su vida cotidiana que ayudan o repercuten en su salud integral, observando éstas acciones como consecuencia de los significados que establece el individuo cuando está en contacto con el propio padecimiento y con la comunidad en general; ya que su comunidad también le aporta una forma de darle significado a los fenómenos de la salud-enfermedad. Con éstos tipos de análisis resulta posible intervenir a nivel individual o grupal desde el ámbito de la prevención y también hacia el tratamiento adecuado para cada paciente, ya que se toman en cuenta sus perspectivas sociales y subjetivas acerca de la situación que está viviendo y de ésta manera se puede diseñar un modelo de intervención particular y por lo tanto efectivo. Ya que el ser humano como individuo social, está empapado de ciertas costumbres y creencias populares que impiden o facilitan el proceso de la recuperación o del control de la enfermedad hacia una mejor calidad de vida. Lo que puede ser observado a través del estudio y análisis de las subjetividades particulares y colectivas. Por tanto es labor del psicólogo social de la salud el investigar o intervenir sobre éstos móviles sociales.

La psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de la atención a su enfermedad mediante un entrenamiento psicológico (Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo, 1993); con ello, se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de la salud ya que esto provoca en el paciente un decaimiento de su estado psico-afectivo, lo que puede producir una serie de cambios fisiológicos que agravan la enfermedad. Los autores propusieron y llevaron a cabo un taller donde se pretendía enseñar a los pacientes a controlar sus emociones con el fin de mejorar sus niveles de glucosa, los resultados fueron satisfactorios ya que de tres grupos, el que estaba conformado por personas diabéticas que sí tenían habilidades de adherencia terapéutica y una percepción adecuada acerca de la diabetes, lograron hacerse cargo de sí mismos de la manera adecuada, los del grupo B, quienes veían de manera negativa su enfermedad, no pudieron controlar adecuadamente sus niveles de glucosa, pero si se les proporcionaba psicoterapia individual, ellos podían lograr enfrentar adecuadamente el hecho de ser diabéticos y un último grupo, el grupo C, debido al estado tan avanzado de su padecimiento, no podían controlar sus niveles de glucosa ni sus respuestas fisiológicas sólo con la terapia

psicológica individual o en grupo. Concluyeron los autores que el trabajo psicológico en el campo de la salud puede tener un impacto positivo en el control de enfermedades crónicas e incluso infecciosas, para ello debe tomarse en cuenta la personalidad del paciente, la presión social a la que se ve sometido, sus posibilidades de respuesta y otros factores que repercutirán en el control de la diabetes. Éstos factores, como puede notarse se encuentran principalmente dentro del marco de lo subjetivo, son emociones, deseos, significados que el paciente tiene respecto de su enfermedad, los cuales, en su carácter de particularidad exigen una evaluación individual, para lograr una intervención efectiva.

Es así que, la labor del psicólogo social de la salud resulta de vital importancia en la investigación de padecimientos crónicos como la diabetes, pues precisamente su campo de acción está enfocado al análisis de las subjetividades colectivas e individuales con el fin de lograr diseñar mejores estrategias de prevención e intervención.

CAPITULO 4.

LA DIABETES MELLITUS.

DEFINICIONES E HISTORIA.

El término Diabetes proviene del latín: Diabetes, que significa atravesar. Es una enfermedad caracterizada por una excesiva secreción de orina cargada de glucosa, se pronostica como grave y crónica. Se asocia con orina excesiva (poliuria), hambre excesiva (polifagia) y sed insaciable (polidipsia), además de registrarse una absoluta o relativa deficiencia en la secreción y/o acción de la hormona “insulina” (Barceló y Rajpathak, 2001). *“La Diabetes Mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta”* (Islas, 2000). La DM es un síndrome que debe ser estudiado de manera integral ya que existen diferencias congénitas ambientales e inmunológicas entre grupos de pacientes en cuanto a la etiología y epidemiología de la enfermedad se refiere y esto ocurre porque cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática después del ayuno, tiende a denominarse DM (Islas, 2000).

La DM en general, es considerada como una enfermedad crónica que representa elevados costos sociales y económicos debido a que su tratamiento debe proporcionarse de por vida una vez que se diagnostica la enfermedad y también, debido a las complicaciones que ésta produce, pero, aunque es una enfermedad crónica, no es sólo producto de los estilos de vida de las poblaciones urbanas actuales; la DM, es una enfermedad muy antigua, reconocida por Charak y Susrut en el año 400 A. C., cuando señalaron lo dulce de la orina, la relación que la enfermedad tenía con la obesidad y la predisposición genética de la misma. Más adelante personajes como Areto y Celso, Avicena, y Paracelso, en los años 30 A. C., hicieron una descripción de la enfermedad, principalmente del aspecto de la orina del paciente y de la evolución de la misma hasta

señalar el desenlace fatal de las personas que padecían la enfermedad (Duncan, 1954 en Lara, 2001).

A partir de 1788 y hasta 1936, diversos investigadores asociaron la DM con el mal funcionamiento del páncreas, establecieron la identificación científica de la glucosa en la orina, descubrieron los islotes pancreáticos, etc. Con lo cual, se logró la obtención del extracto del páncreas por Banting y Best, siendo éste el primer tratamiento, además de una dieta extremadamente rigurosa, al que se sometían las personas diabéticas. En éste mismo año, 1921, los mismos autores descubrieron la insulina, abriendo una puerta más de esperanza para los diabéticos ya que con ello se conseguía alargar su vida y disminuir los síntomas de la enfermedad. Por último, en 1936, se introduce en el mercado el uso de insulina de larga duración simplificando el tratamiento de los diabéticos que requieren insulina (Harrísón, 1985; Guilhaume, 1980 y; Lee, 1987). De ésta forma continuaron las investigaciones sobre la enfermedad que ya afectaba a gran parte de la población mundial, pero, hasta la década pasada es que se a incrementado el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, aunque de manera incompleta (Islas, 2000).

Hasta 1979, la historia natural de la DM como concepto evolutivo, se dividía en cuatro fases: Prediabetes, diabetes subclínica, diabetes latente y, diabetes manifiesta. Esta clasificación estaba basada en la historia natural del sujeto, si sus familiares la padecían se podían detectar alteraciones tempranas y detectar a los sujetos en riesgo aún antes de que estuvieran afectados, con esto, actualmente se considera que es posible prevenir tempranamente la aparición de la DM. En ése mismo año, 1979, la National Diabetes Data Group (NDDG) y los Institutos nacionales de Salud en Estados Unidos clasifican la DM de la siguiente forma:

- Insulinodependiente.
- No insulinodependiente.
 - subtipo en obesos.
 - subtipo en no obesos.
- Gestacional.
- Otros tipos asociados a otros síndromes o enfermedades.
- Enfermedades pancreáticas.
 - Trastornos hormonales.

- Secundaria a medicamentos o sustancias químicas.
- Anormalidades de la insulina o sus receptores.
- Algunos síndromes genéticos.
- Otros.
- Otras categorías de intolerancia a la glucosa.
 - Tolerancia anormal a la glucosa.
 - Anomalía previa a la intolerancia a la glucosa.
 - Anomalía potencial de la intolerancia a la glucosa.

En 1997, la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés), clasifica la diabetes mellitus de una forma más completa, a saber:

- I. Diabetes tipo 1 (destrucción de la célula Beta. Llevando usualmente a deficiencia absoluta de insulina).
 - a. Mediada inmunológicamente.
 - b. Idiopática.
- II. Diabetes tipo 2. (Puede caracterizarse desde predominantemente resistente a la insulina con deficiencia relativa de insulina a un defecto secretor con resistencia a la insulina)
- III. Otros tipos específicos.
 - A. Defectos genéticos de disfunción de la célula Beta.
 - a. Cromosoma 12, HNF-1Beta (MODY 3).
 - b. Cromosoma 7, Glucocinasa (MODY 2).
 - c. Cromosoma 20, HNF – 4 beta.
 - d. DNA mitocondrial.
 - e. Otros.
 - B. Defectos genéticos de la acción de insulina.
 - a. Resistencia a la insulina tipo A.
 - b. Leprecaunismo.
 - c. Síndrome de Rabson-Mendellhall.
 - d. Diabetes lipoatrófica.
 - e. Otros.
 - C. Enfermedades del Páncreas exógenos.

- a. Pancreatitis.
 - b. Trauma, pancreatectomía.
 - c. Neoplasia.
 - d. Fibrosis quística.
 - e. Hemocromatosis.
 - f. Enfermedad fibrocalculosa.
 - g. Otros.
- D. Endocrinopatías.
- a. Acromegalia.
 - b. Síndrome de Cushing.
 - c. Glucagonoma.
 - d. Feocromocitoma.
 - e. Hipertiroidismo.
 - f. Somatostatina.
 - g. Aldosteronoma.
 - h. Otros.
- E. Medicamentosa o inducida por agentes químicos.
- a. Vacor (raticida).
 - b. Pentamidina.
 - c. Ácido nicotínico.
 - d. Glucocorticoides.
 - e. Hormonas tiroideas.
 - f. Diazóxido.
 - g. Agonistas betaadrenérgicos.
 - h. Tiazidas.
 - i. Dilantim.
 - j. Beta-Interferon.
 - k. Otros.
- F. Infecciones.
- a. Rubéola congénita.
 - b. Citomegalovirus.

c. Otros.

G. Formas no comunes de diabetes inmunológicamente mediada.

- a. Síndrome del “Hombre rígido”.
- b. Anticuerpos contra el receptor de insulina.
- c. Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con la diabetes.
- d. Síndrome de Down.
- e. Síndrome de Klinefelter.
- f. Síndrome de Turner.
- g. Síndrome de Wolfram.
- h. Ataxia de Friederich.
- i. Corea de Huntington.
- j. Síndrome de Laurence-Moon-Biedl.
- k. Distrofiamiotónica.
- l. Porfiria.
- m. Síndrome de Prader-Willi.
- n. Otros.

H. Diabetes Mellitus Gestacional (Mancillas, Gómez y Rull, 2002; e Islas, 2000).

Existen diversos tipos de diabetes ocasionados por factores de orden biológico, médico, ambiental congénito, etc. Pero, los tipos más comúnmente nombrados son la DM1 y la DM2; aunque, los expertos de la OMS, prefieren nombrarlas DM Dependiente de Insulina (DMID) y DM No Dependiente de Insulina (DMNID) respectivamente, debido a que no existe una definición realmente adecuada de ambos tipos y de las diferencias que al interior de ellos pueden existir (Islas, 2000). (Williams y Foster, 1989), mencionan 12 definiciones diferentes de la DM según su carácter clínico, patogénico o fisiopatológico y según sean nombradas insulino dependientes o no y/o de tipo 1 o 2; estas definiciones son una forma sencilla de clasificar todos los tipos de diabetes, independientemente de su etiología. Las definiciones son las siguientes:

Definiciones	DMID	DMNID	Tipo 1	Tipo 2
Clínica	Estado diabético que requiere inyecciones diarias de insulina para prevenir una cascada metabólica que culmina en cetoacidosis diabética.	Estado diabético que no suele requerir inyecciones diarias de insulina para prevenir la cascada metabólica que culmina en cetoacidosis diabética.	Estado diabético que puede tener un comienzo súbito de DMID o pasar gradualmente por un periodo variable de DMNID.	Estado de DMNID, por lo general asociado con obesidad en el que puede ser eficaz la reducción de peso y las drogas hipoglucemiantes orales.
Patogénica	Estado diabético caracterizado por virtual ausencia de células beta cualquiera que sea la etiología.	Espectro de estados diabéticos en que existen células beta en cantidades subnormales, normales o aumentadas, pero quizá sean poco numerosas en relación con las células alfa.	Estado diabético en que la destrucción de las células beta se debería a factores ambientales o inmunológicos en individuos genéticamente vulnerables que suelen expresar HLA DR3 y/o DR4 y anticuerpos contra las células de los islotes.	Estado diabético en que se destaca la insulinoresistencia, por lo general relacionada con la obesidad, pero se acompaña de una célula beta disfuncional.
Fisiopatológica	Estado diabético en que la secreción de insulina nunca es suficiente para limitar la secreción excesiva de glucagón ni contrarrestar su potenciación de la producción hepática de glucosa y cuerpos cetónicos.	Estado diabético en que la secreción de insulina suele ser suficiente PATRA oponerse a las acciones cetógenas del glucagón, pero no para prevenir la hiperglucemia.	Estado diabético en que la secreción de insulina puede estar disminuida (DMNID) o faltar (DMID) y en que la hiperglucagonemia coexistente absoluta o relativa se corrige con facilidad con insulina exógena.	Diabetes en que la secreción de insulina puede ser alta, baja o normal, pero es insuficiente para vencer la resistencia a la insulina en los tejidos periféricos.

Tabla 2. Tipos y definiciones de Diabetes Mellitus.

La DM, ocupa actualmente el primer lugar como causa de mortalidad en México, según datos de la SNS y la Secretaría de Salud, pero no sólo influye de manera negativa sobre el individuo enfermo, sino también sobre su familia y por tanto, afecta no sólo los órganos del cuerpo, sino también la vida psicológica y social del paciente, del individuo que padece (Lara, 2001). Ya que el individuo se ve afectado al contraer la enfermedad de forma biológica, psicológica y social y también la sociedad se ve afectada por dicha enfermedad hablando en términos económicos, pero también de calidad de vida de quienes la padecen y de quienes están cerca de ellos, por las atenciones que el enfermo debe recibir, principalmente en las fases terminales. Con ello, se evidencia la necesidad

de que el enfermo sea atendido de manera integral y de manera interdisciplinaria, para lograr que pueda acceder a una mejor calidad de vida aún encontrándose en un estado de enfermedad o de salud relativa.

ETIOLOGÍA.

La DM es un síndrome con alta predisposición genética, pero su modo hereditario de transmisión no ha sido plenamente identificado. Es producto de una alteración genéticamente heterogénea, lo cual implica la existencia de dos o más entidades distintas con el mismo fenotipo. Existen 2 tipos de DM: la tipo 1 o Insulinodependiente y la Tipo 2, no Insulinodependiente. La DM1, parece ser, según estadísticas, la de menor predisposición genética con menos del 20% de pacientes diabéticos con familiares en primer grado que también padezcan la enfermedad, no así la DM2 donde el 25 % de los hijos de 2 padres que padecen DM2 desarrollan la enfermedad con una frecuencia del 60% después de los 60 años (Salazar, 1992 en Lara, 2001).

LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

La DM1 o DMID, se considera un trastorno crónico autoinmunitario, también se han identificado trastornos no autoinmunitarios que llevan al desarrollo de la DM1 como es el caso de la DM neonatal, los síndromes de resistencia a la insulina e, hiperglucemia transitoria. En general, el término DM1 se emplea para definir la DM autoinmunitaria que se presenta en cualquier edad y en que por lo general el individuo requiere insulina para vivir (Islas, 2000). La DM1, es menos frecuente que la DM2; sigue un curso tormentoso de alteraciones metabólicas, el paciente pesa muy poco, la actividad insulínica del plasma y el páncreas es inferior a la normal, es más sensible a la insulina y se observan rápidas oscilaciones entre la hipoglucemia y la hiperglucemia. Por último, más del 50% de los pacientes que padecen DM1, presentan una o varias manifestaciones crónicas. (Cañadell, 1980).

La susceptibilidad genética de la DM1, se puede encontrar en el brazo corto del cromosoma 6 mediante los alelos del complejo mayor de histocompatibilidad, la

susceptibilidad a contraer la enfermedad además está determinada por la interacción de múltiples genes con factores ambientales, *“siempre que el nivel de una agresión ambiental a las células beta exceda la tolerancia genéticamente determinada de ese individuo frente a la lesión de las células beta”*, es decir que la persona es genéticamente susceptible y solo hace falta el factor ambiental como desencadenante de la iniciación de la enfermedad ((Wilson y Foster, 1989); por otra parte, no hay patrón de herencia identificable, es decir que, en la mayoría de los casos de DM1, no existen antecedentes familiares, sin embargo se ha encontrado que el riesgo de contraer la enfermedad es mayor en hijos de padres diabéticos que en hijos de madres diabéticas (Islas, 2000). En la población general, debido a factores genéticos el riesgo de contraer la enfermedad es del 0.7%, pero este porcentaje puede incrementarse al 10% debido a que el individuo puede portar los halotipos DR-3/DR-4. y se sugiere que la autoinmunidad se activa antes de los 5 años de edad.

“En éste tipo de diabetes, se destruyen todas o la mayor parte de células beta productoras de insulina en el páncreas. Las células que producen la insulina de pronto dejan de funcionar y producen poca o ninguna cantidad de insulina de tal forma que las personas con éste tipo de diabetes deben inyectarse insulina diariamente para permanecer con vida” (Lara 2001). Es decir que la persona que padece DM1 presenta alteraciones inmunológicas caracterizadas por la presencia de anticuerpos citoplásmicos contra los islotes pancreáticos (ACI), además de presentar anticuerpos contra la insulina (AAI) y anticuerpos contra la descarboxilasa del ácido glutámico (anti-DAG), entre otros anticuerpos (Islas, 2000). De manera que la inmunidad a la insulina, los islotes pancreáticos y al ácido glutámico, produce una resistencia a la acción benéfica que para el organismo produce, por ejemplo, la hormona insulina y ésta resistencia se traduce en la ya mencionada destrucción de las células beta; con lo que se produce la DM1. Pero además existen otros factores como el estrés que pueden producir hiperglucemia aún en ausencia de factores de susceptibilidad genética para la DM (Islas, 2000).

En resumen, la DM1 no se considera una sola enfermedad ya que su aparición responde a la concurrencia de varias enfermedades en virtud de los procesos inmunopatogénicos que la originan. Como son:

- La presencia de insulinitis o inflamación de los islotes pancreáticos con infiltración de los linfocitos que expresan sus marcadores de superficie (CD+8 y DC+4) y secretan linfocinas como el interferón gamma.
- Asociación con genes del complejo mayor de histocompatibilidad HLA.
- Presencia de ACI. AAI y DAG.
- Alteraciones en el número y funcionalidad de los linfocitos.
- Asociación con otras enfermedades autoinmunitarias como tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, miastenia grave, anemia perniciosa, etc.
- Capacidad de agentes inmunosupresores como la ciclosporina para “detener” la evolución de la diabetes y
- Recurrencia de la enfermedad en gemelos monocigotos que reciben trasplante de páncreas (de hermanos discordantes) sin inmunosupresión (Islas, 2000).

La DM1, o DMID, puede presentarse a cualquier edad, pero su aparición es más típica durante la niñez y se denomina también DM Juvenil. Ésta se presenta poco después del nacimiento, alrededor de los dos y tres años, entre los seis y siete o justo antes del inicio de la pubertad (Kilo, 1987). Y del total de pacientes que padecen DM. En una población, aproximadamente el 10% de ellos presentan un cuadro de DM1.

La enfermedad se caracteriza por la rapidez con que se presentan los síntomas característicos de la misma, los cuales pueden ser muy leves o pueden llegar al coma. El síntoma más temprano es la poliuria, producto de la hiperglucemia y la glucosuria, posteriormente se presenta la polidipsia e incluso la anorexia producto de la presencia de cetonas en la sangre en lugar de la polifagia. Otros síntomas son: irritabilidad, fatiga, pérdida de peso, pérdida del vigor y de la energía, en niños se nota además un deterioro en el rendimiento escolar y secundario a la falta de insulina se pueden presentar trastornos emocionales. Otros síntomas pueden ser: visión borrosa, dolor de cabeza o abdominal, dificultad para respirar, náusea y diarrea o constipación. E incluso se puede llegar a una deshidratación grave o a una cetoacidosis que es un exceso de cetonas en la sangre producto de la obtención de proteínas de las células para obtener energía en lugar de los azúcares; éstos dos últimos padecimientos se presentan debido a un diagnóstico tardío (Lara, 2001 e Islas, 2000). Por otra parte, las complicaciones secundarias a la DM como son las nefropatías, retinopatías y neuropatías, se manifiestan entre los 5 y los diez

años de evolución de la enfermedad. Por último, (Islas, 2000), menciona que el promedio de vida del paciente con DM1 se reduce en un 25 % en comparación con la población general y que solo el 50 % de los pacientes que la adquirieron antes de los 30 años sobrevivirán 30 años después.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La DMNID ó DM2, se desarrolla generalmente con la edad y se denomina DM de Adulto. De los pacientes que la padecen, aproximadamente el 80 o el 90% presentan también exceso de peso, el desarrollo de la enfermedad es gradual e incluso los síntomas son mínimos de tal forma que el diagnóstico no se proporciona sino hasta pasados varios años después del inicio de la enfermedad (Kilo, 1987 en Lara, 2001). Esta es la manera más frecuente de DM y se caracteriza por la alta frecuencia familiar, aparición clínica relativamente tardía, y una asociación estadística con la obesidad e hipertensión arterial; además, responde favorablemente al tratamiento exclusivamente dietético y responde bien a los hipoglucemiantes orales, tienen, las personas que padecen la enfermedad, baja tendencia a la cetosis y una mayor tendencia a la hiperosmolaridad no cetósica (Islas, 2000).

Respecto de la herencia genética, no se ha determinado un gen, o los genes específicos a través de los cuales la DM2 es transmitida a los familiares cercanos de los pacientes que ya han contraído la enfermedad, sin embargo, se ha encontrado que efectivamente éstos familiares tienen una anormalidad en el patrón de secreción pulsátil de insulina, pero no se ha encontrado un gen específico de resistencia a la insulina, rasgo característico de éste tipo de DM. Los individuos que tienen alto riesgo para contraer ésta enfermedad son, como ya se menciono, los familiares en primer grado de pacientes con DM2, los gemelos monocigotos de pacientes con DM2, las madres de neonatos con más de 4 kg. de peso al nacer y los miembros de grupos raciales o étnicos con alta prevalencia de DM; entre ellos se pueden mencionar a los estadounidenses con ascendencia mexicana. Igualmente los individuos con alto riesgo de contraer DM2, presentan una alta resistencia a la insulina sin hiperglucemia en ayunas. Otros grupos de riesgo son los obesos, los hipertensos esenciales, algunos pacientes con hipoglucemia

reactiva y en ciertos estados fisiológicos como la senectud y el embarazo, debido a la hiperinsulinemia que caracteriza la resistencia a la insulina. Sin embargo, no solo los obesos corren riesgo de padecer DM2, sino también las personas delgadas, aunque éstas últimas corren además el riesgo de que con el tiempo, la DM2 se transforme en DM1, es decir que de ser no insulino dependientes, sean insulino dependientes, ya que ellos tienden a ser hipoinsulinémicos y no hiperinsulinémicos, además de que también presentan la respuesta exagerada del glucagón a la infusión de arginina o a una comida proteica, lo cual al igual que en pacientes con DM1, puede ser controlado mediante la insulina. Igualmente en el 20% de los pacientes con DM2, se encuentran anticuerpos contra las células beta, por lo que con el tiempo, pueden llegar a ser insulino dependientes. De ésta forma se puede decir que la DM2, sí es heterogénea, al contrario de la DM1 (Wilson y Foster, 1989 e, Islas, 2000).

Por otra parte, respecto de los factores ambientales relacionados con la aparición de DM2 (Islas, 2000), menciona el aumento del peso corporal, los desequilibrios de la dieta, los desequilibrios en la actividad física, el embarazo y el uso de ciertos fármacos. Además se considera el factor de la edad, donde a mayor edad, el riesgo de contraer DM2 aumenta, ya que comienza a disminuir la secreción de insulina en respuesta a la glucosa y aumenta la resistencia a la hormona. Entre los medicamentos que se denominan diabetógenos por su relación con el desenmascaramiento de la diabetes, se pueden mencionar: los corticosteroides, y algunos antihipertensivos (Islas, 2000).

Se debe mencionar que en la DM2, el páncreas sí produce insulina, pero no en la cantidad suficiente para regular los niveles de azúcar en la sangre o la acción de la insulina producida resulta deficiente. De ésta forma la cantidad de azúcar aumenta en la sangre y se elimina por medio de la orina, lo cual impide que el paciente tenga la cantidad de azúcar necesaria para funcionar normalmente. Los síntomas son claros, se comienza por ir repetidas veces al baño, tomar agua con más frecuencia, se sienten tan débiles que no tienen energía para completar una tarea, algunos pueden presentar incluso visión borrosa. Las personas son más susceptibles a adquirir infecciones en las vías urinarias o vesiculares, producto del exceso de azúcar en la orina (Lara, 2001).

La DM2 se presenta en personas mayores de 30 años y, puede evolucionar hasta convertirse en DM1. Éste cambio que es transitorio o permanente puede deberse a

infecciones o traumatismos graves, el abandono del régimen alimenticio, la persistencia de la obesidad, el sedentarismo, o se origina por causas desconocidas durante el transcurso de los años (Cañadell, 1980 en Lara 2001).

Los síntomas principales de la DM2 son: Orinar frecuentemente (poliuria), mucha sed (polidipsia), mucha hambre (polifagia), cansancio y decaimiento, pérdida repentina de peso, irritabilidad, falta de aire, náuseas y vómitos, visión borrosa o cambios en la vista, hormigueo o adormecimiento en la piernas pies y dedos, frecuentemente infecciones en la piel y en las mujeres infecciones vaginales, sueño después de comer, calambres en las piernas, etc. (Lara, 2001)

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la DM en general, se establece con base en el cuadro clínico y los análisis de laboratorio que detecte la hiperglucemia, que depende del grado de deficiencia de la insulina, de la glucogenólisis, de la gluconeogénesis y de las calorías ingeridas en la dieta (Islas, 2000)

Los métodos para diagnosticar si una persona padece DM, se basan en la medición de la glucosa sérica en ayunas o en la prueba de tolerancia a la glucosa, pero éstos exámenes no son posibles de realizar de forma masiva pues los costos económicos serían muy altos (Lara, Márquez, Huitrón, Arriaga, Martínez y Muñoz, 2000). Por lo que se han diseñado otros métodos de detección confiables, económicos y de fácil detección como el que fue diseñado por la ADA, en 1989, pero éste tuvo resultados poco satisfactorios, posteriormente en 1995 (Herman y cols, 1995, en Lara y cols, 2000), diseñan la prueba ¿tiene diabetes y no lo sabe? (ver anexo 1) La cual fue aceptada por la ADA y se utiliza aún en la actualidad.

(Velásquez, Lara, Martínez y Márquez, 2000), realizaron un estudio llamado: “La detección integrada como un instrumento para vincular la prevención primaria, el tratamiento temprano y la vigilancia epidemiológica en diabetes e hipertensión arterial”, en el cual utilizan la prueba aceptada por la ADA, concluyendo que la detección integrada permite ahorrar recursos al utilizar una escala de factores de riesgo debidamente validada con la prueba aceptada por la ADA, donde a las personas que

resultan positivas, en el caso del estudio de DM, se les hace la prueba de laboratorio de glucosa capilar en ayunas, logrando con ésta actividad la instauración temprana del tratamiento oportuno para dichas personas y previniendo el desarrollo de complicaciones, mediante el fomento de estilos de vida saludable, tanto para los grupos de riesgo, como para los grupos sin riesgo. La prueba que aplicaron los autores para detectar grupos de riesgo fue la siguiente: ¿Tiene diabetes y no lo sabe? Una vez que se realiza ésta prueba, los autores sugieren que el procedimiento es el que se indica en el siguiente diseño: (Ver anexo 2)

Los requerimientos de laboratorio para el diagnóstico de la DM, principalmente DM2, según la ADA, son los siguientes:

- *“Síntomas, más glucosa plasmática (vía sanguínea), casual mayor ó igual a 200 mg/dl, entendiendo como casual a cualquier hora, sin considerar el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicado.*
- *Glucosa plasmática en ayuno mayor ó igual a 126 mg/dl. Se define ayuno como la ausencia de ingesta calórica por al menos 8 horas.*
- *Glucosa plasmática mayor ó igual a 200 mg/dl a las 2 horas durante la curva de tolerancia oral a la glucosa. La carga de glucosa oral es de 75g de glucosa anhidrada, disuelta en agua.”*

En ausencia de descompensación aguda, los valores deberán confirmarse al repetir el examen en un día diferente (Mancillas, Gómez y Rull, 2002).

Se recomienda además para estudios de campo que el análisis se realice basándose en la glucemia basal o en ayuno cuando sea mayor o igual a 126 mg/dl (SAMFyC, 1998).

El diagnóstico en la DM2, es variable, se hace al detectar hiperglucemia o glucosuria en un examen de rutina, en éstos pacientes la concentración media de glucosa está por debajo del umbral renal y la glucosuria no ocurre o se presenta de manera intermitente, de manera que no sobreviene diuresis osmótica sintomática. Pero otros pacientes presentan hiperglucemia franca aunque de comienzo gradual, por lo que el diagnóstico no puede hacerse sino hasta después de varias semanas. Y, en casos raros se presentan los síntomas agudos característicos de la DM1, poliuria, polidipsia y polifagia, además,

algunos casos de DM2, se diagnostican sólo hasta que aparece una complicación secundaria a la DM como es la neuropatía periférica, gangrena o un accidente vascular que induce al médico a verificar si existe hiperglucemia o intolerancia a la glucosa (Williams y Foster, 1989).

En cuanto a la DM1, rara vez se considera necesaria una prueba de tolerancia oral a la glucosa, ya que la hiperglucemia se acompaña generalmente de glucosuria y cetonas tanto en sangre como en orina debidas a la falta de insulina y a la lipólisis; además de que también pueden encontrarse leucocitosis, hiperlipidemia, proteinuria y bacteriuria.

Existen además otras pruebas auxiliares de laboratorio para establecer el diagnóstico de la DM como son la hemoglobina glicada (HbG), con sus variantes glicosilada (HbA₁) y glucosilada (HbA_{1c}), que no requieren ayuno ni preparación alguna, el valor de la HbG, debe encontrarse por encima de los valores normales, pero en ésta como en el resto de las pruebas, los valores normales no excluyen una DM moderada o una intolerancia a la glucosa. Una prueba más es la del péptido C, que cuantifica la secreción exógena de insulina en estado basal y posterior a su estimulación con glucagón; también permite diferenciar entre la DM1 y la DM2; así como para clasificar a los dependientes de la insulina de acuerdo con la reserva que tiene de ésta hormona (Islas, 2000).

Por último, la homeostasis de la glucosa alterada, es un estado metabólico intermedio entre la normalidad y la DM. Es factor de riesgo para DM y enfermedad vascular. Para detectarlo, se utilizan las pruebas de glucemia basal alterada en donde la glucemia plasmática basal se encuentra por encima de los valores normales, y por debajo del valor de diagnóstico de DM, es decir donde los valores son mayores a 110 mg/dl y menores a 126 mg/dl. Otra prueba utilizada es la de la tolerancia alterada de la glucosa, donde la glucemia plasmática es mayor que los valores normales y menor que los de diagnóstico de DM tras una sobrecarga de 75 gramos de glucosa. Es decir que los valores de la glucemia basal son inferiores a 126 mg/dl, pero la glucemia luego de la sobrecarga es mayor a 140 mg/dl y menor a 199/dl.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Desde el descubrimiento de la insulina y de la forma de utilizarla en pacientes que padecen DM, las muertes por complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, etc.) han disminuido mucho, sin embargo, la incapacitación y muerte actuales en la DM1 y la DM2, se deben a las complicaciones degenerativas de la enfermedad (Williams y Foster, 1989).

Las complicaciones que se producen en pacientes con DM, se consideran parte de la enfermedad, ya que ésta facilita, entre otras cosas, la probabilidad de padecer problemas vasculares que producen lesiones en las arterias y los vasos capilares de órganos y tejidos, principalmente en los ojos, riñones y el sistema nervioso, tales como la retinopatía, nefropatía, y neuropatía respectivamente (Lara, 2001), a éstas complicaciones se les consideraba tradicionalmente como complicaciones microvasculares y a la arterioesclerosis y sus secuelas (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y gangrena), se les consideraba como complicaciones macrovasculares (Williams y Foster, 1989).

Estas complicaciones, suelen aparecer antes de que sea diagnosticada la DM, incluso uno de los primeros momentos en que se sospecha del padecimiento de la enfermedad, es cuando el paciente visita al oftalmólogo por problemas o alteraciones en la visión (Santiago, 1992).

Otra complicación es la cetoacidosis, que se presenta cuando se tiene un mal control de la glucosa sanguínea o de algunas infecciones, ésta enfermedad se desarrolla en un lapso de días o semanas manifestándose por pérdida de peso, pérdida de agua en orina, vómito, diarrea, debilidad y cansancio (Jubiz, 1981 en Lara, 2001).

ETIOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.

Se han mencionado algunas de las complicaciones de la DM de tipo agudas, como son: la hipoglucemia y la cetoacidosis características principalmente de la DM1 y las complicaciones secundarias a la DM como son la nefropatía, retinopatía, neuropatía, etc; características a los 5 o diez años de que se presenta el padecimiento, éstas son más

probables en la DM1, sin embargo, si no existen los cuidados adecuados y si no se sigue el tratamiento adecuado en la DM2, también pueden presentarse éstas consecuencias de la enfermedad. A continuación, se dará la etiología de algunas de las complicaciones más importantes.

ARTERIOESCLEROSIS.

La DM es un factor de riesgo para contraer arterioesclerosis, particularmente para las mujeres y su frecuencia aumenta con la edad, la hipertensión y el tabaquismo. El riesgo es mayor en los pacientes que padecen DM mal controlados, debido a la hipercolesterolemia y a la hipertrigliceridemia concomitantes; con lo que se afectan los vasos coronarios, cerebrales y periféricos, con lo que se acrecienta la incidencia de infartos de miocardio, ictus y gangrena. El síndrome arterioesclerótico del paciente diabético no es diferente al del no diabético, la única diferencia es que aumenta en el diabético el riesgo de infarto de miocardio. La insulino terapia corrige la sobreproducción y subutilización de lipoproteína de densidad muy baja, causante de la hipertrigliceridemia, en el caso de la DM1, en el caso de la DM2, la trigliceridemia sobreviene a causa de la baja depuración de lipoproteínas de densidad muy baja, consecuencia del mal control de la DM, sobre todo a causa de un alto ingreso de carbohidratos; se da cuando los niveles de insulina son normales o altos en éste tipo de pacientes. El colesterol de HDL (Glucocilación de lipoproteínas de densidad alta) que puede proteger contra la arterioesclerosis, es bajo en la DM mal controlada, pero puede normalizarse luego de un control riguroso (Williams y Foster, 1989).

MICRICARDIOPATÍA.

No se ha establecido de manera inequívoca que la microcardiopatía diabética sea una entidad clínica, sin embargo se ha encontrado que existe una mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca congestiva inexplicable en la DM, un engrosamiento de la membrana basal de los capilares miocárdicos y microaneurismas capilares. Igualmente se han encontrado alteraciones funcionales en el corazón de pacientes diabéticos en

ausencia de arterioesclerosis coronaria así como también se encontraron alteraciones en ecocardiogramas de pacientes jóvenes con DM1 independientemente del nivel de hiperglucemia o de la duración de la DM (Williams y Foster, 1989).

DERMOPATÍA.

Las alteraciones cutáneas en la DM incluyen “manchas de las canillas”, ampollas diabéticas y necrobiosis lipódica diabetorum. La microangiopatía se considera una de las principales responsables de la dermatopatía diabética, ésta última se presenta principalmente en hombres y en la tercera parte de las mujeres diabéticas de más de treinta años, pero las dermatopatías también se presentan en personas no diabéticas debido a traumatismos, esto último en relación con las manchas de las canillas; respecto de la necrobiosis lipodica diabetorum, se han encontrado las placas redondas de color pardo rojizo y amarillo, la mayoría de las veces en las piernas, pero también pueden aparecer en las manos, brazos, abdomen y cabeza. Estas lesiones pueden presentarse durante el primer año de la DM (Williams y Foster, 1989).

En la fisiopatología de las manifestaciones cutáneas se han implicado anomalías vasculares, mayor predisposición a las infecciones, alteraciones neuropáticas, excesos de metabolitos circulantes, aumento de la colágena glucosílada insoluble, etc; y algunas de éstas son de causa desconocida. La dermatopatía diabética es la dermatosis más frecuente en la DM y se debe, como ya se ha mencionado a la alteración de los pequeños vasos, afectando más a varones que a mujeres. Se caracteriza por la aparición de máculas rojo o púrpura de .5 a 2 cm de diámetro, que con el tiempo se vuelven más oscuras, forman una costra y en uno o dos años, dejan una zona atrófica e hiperpigmentada, son asintomáticas y se localizan preferentemente en zonas pretibiales, aunque en forma ocasional pueden aparecer en rodillas, tobillos o muslos y antebrazos. No existe tratamiento, pero el control más o menos estricto de la glucemia modifica su evolución. Dentro de las afecciones a la piel, también se encuentra la necrobiosis lipódica es una dermatosis crónica caracterizada por la presencia de necrobiosis o degeneración de la colágena de la dermis, algunos la relacionan con la presencia de microangiopatía y es mas común en las mujeres, son pápulas pequeñas, induradas y de color rojizo situadas en la región pretibial

que crecen hasta unirse unas con otras formando placas de tamaño variable; son asintomáticas aun que a veces presentan un prurito, anestesia o alopecia ante pequeños traumatismos, las placas se ulceran y aunque rara vez se infectan su curación suele ser lenta. No existe tratamiento satisfactorio y el control estricto de la glucemia no influye en la evolución de las lesiones.

La bullosis diabetocorum, es una dermatosis poco frecuente que consiste en la aparición espontánea de ampollas de contenido claro, tamaño variable sobre piel sana y de localización preferentemente distal, es decir se presenta en antebrazos, piernas, pies y dedos, son asintomáticas a menos que se infecten y desaparecen en un plazo de una a cuatro semanas, pero son recurrentes, el control glucémico no previene ni acelera su curación, solo se debe guardar reposo y aplicar antisépticos locales. El granuloma anular se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas eritematosas o violáceas que confluyen dando lugar a placas anulares o arciformes de uno a quince centímetros de diámetro con piel sana en el centro. Se localizan en el dorso de manos, dedos y palmas, de extensión en brazos y piernas, respetando las mucosas, se desconoce su etiología, es asintomático y evoluciona espontáneamente hasta la curación en un plazo de uno a tres años sin dejar secuelas aunque son frecuentes las recaídas. El eritema diabético ocurre a pacientes de edad avanzada ya que se presenta junto con alteraciones microangiopáticas y consiste en la aparición de áreas rojas bien definidas en la parte inferior de las piernas y en los pies que nos puede hacer confundir con una erisipela o con una celulitis pero, las lesiones son indoloras, no existe tratamiento. La piel amarilla es un hallazgo frecuente como síntoma de los pacientes diabéticos y puede notarse mayormente en las palmas de las manos y plantas de los pies; entre otros causantes se debe a la glucosilación del colágeno. Otras alteraciones se dan en el grosor de la piel como en el caso de la escleredema diabetocorum, donde se engrosa la piel del cuello, tórax, cara y hombros principalmente. Otra enfermedad del mismo tipo es la piel cérea, donde se engrosan manos y pies principalmente. Las infecciones de la piel más frecuentes que si bien no son dañinas normalmente, en el caso de los diabéticos lo son debido a que si la infección no se controla, sobrevendrán reacciones secundarias más graves, algunas de estas infecciones son la candidiasis, la paroniquia candidiásica crónica, la dermatofitosis, la piodermatitis y el eritrasma. Otras lesiones cutáneas son los Xantomas eruptivos que se

presentan como pequeños nódulos rojo-amarillentos de hasta 5 mm de diámetro que aparecen agrupados sobre planos de extensión de extremidades y glúteos. Son asintomáticos y se puede controlar mediante el control de la glucemia (SAMFyC, 1998)

PIEDIABÉTICO.

El pie diabético es consecuencia de la insuficiencia vascular y neuropatía coexistentes. La insuficiencia vascular afecta los grandes vasos sanguíneos arteriolas y capilares por lo que la oxigenación de los tejidos se ve disminuida en las áreas en riesgo. La neuropatía se caracteriza con una disminución de la sensibilidad dolorosa, vibratoria y de la posición, lo cual provoca que al no sentir dolor, si existen lesiones leves en la piel, no se sienten, lo que ocasiona la destrucción de la piel. Así como también a causa de la neuropatía autonómica se puede perder la capacidad de sudoración de la piel del pie, lo que trae como consecuencia la sequedad de la piel, lo que ocasiona fisuras, inflamación superficial o dermatitis crónica. El aumento normal del flujo sanguíneo, necesario para la curación de traumatismos e infecciones triviales, puede no ocurrir a causa de la vasculopatía. Los callos se deben a la distribución anómala de la presión por defecto propioceptivo que predispone la isquemia compresiva y los microtrombos contribuyen a la formación de úlcera o gangrena (Williams y Foster, 1989).

Por otra parte la patología del pie del paciente diabético es la principal causa de amputación no traumática. Las lesiones se clasifican en diversos grados desde el grado 0, hasta el grado 5, y van desde el pie sin lesiones pero se trata de un pie en riesgo, hasta un pie con gangrena extensa. Los pacientes con pie en riesgo son aquellos que presentan neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, historia previa de úlcera o amputación y deformidades en los pies y los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del pie diabético son: el tabaquismo, la hiperglucemia, la hipertensión, la dislipemia, el bajo nivel socioeconómico, la hiperqueratosis, las deformidades, la uña incarnata, la micosis o pie de atleta, la úlceras superficiales, las úlceras profundas, celulitis, abscesos u ostiomielitis, y por último la gangrena ya sea aun uno o varios dedos del pie e incluso en todo el pie (SAMFyC, 1998).

NEFROPATÍA.

La nefropatía diabética es la causante de la cuarta parte de los pacientes en diálisis prolongada en los estados unidos, y se calcula que solo el 8% de ellos tienen nefropatía terminal en el caso de los pacientes con DM1, pero en el caso de los pacientes con DM2 es menos frecuente la nefropatía terminal, esto se debe a que la enfermedad dura menos y la mortalidad cardiovascular es mayor. La nefropatía diabética empieza con un engrosamiento de la membrana basal glomerular, un aumento de la matriz mesangial y un engrosamiento hialino subintimal de las arteriolas aferentes y eferentes. Éstos cambios aparecen entre el año y medio y los dos años y medio después de que se detecta la anormalidad metabólica de la DM. Luego, a los cinco años, se puede presentar hialinosis de las arteriolas glomerulares eferentes y nódulos de Kimmelstiel-Wilson incipientes, que son las dos alteraciones más específicas de la nefropatía diabética. Se requiere un ambiente metabólico anómalo para que se de la nefropatía diabética ya que se ha demostrado que los riñones normales trasplantados a pacientes diabéticos adquieren éstas alteraciones a los cuatro años del trasplante y los riñones de pacientes diabéticos trasplantados a pacientes no diabéticos tienden a normalizarse. En el siguiente cuadro se muestra la evolución clínica de la nefropatía diabética.

Años desde el comienzo de la diabetes aprox.	Síntomas.
0	Riñones agrandados, hiperfunción, microalbuminuria que se corrige con un meticuloso tratamiento con insulina.
2	Engrosamiento de la membrana basal glomerular y aumento de la matriz mesangial.
10-15	“período silencioso”: ausencia de proteinuria franca; puede haber microalbuminuria, en especial después del ejercicio (>30 mg/min, que indica futura proteinuria).
10-20	“período proteinúrico”: al principio intermitente y después persistente (>0,5 g/24 h); esto significa que ha comenzado una declinación inexorable de la función glomerular.
Mayor a 15	“Período azoémico”: empieza, como término medio, a los 17 años del comienzo.
20	“Período urémico”: puede haber retinopatía diabética, hipertensión y síndrome nefrótico.

Tabla 3. Evolución de la nefropatía diabética.

La nefropatía diabética constituye la causa más importante de enfermedad renal terminal en el mundo occidental, la microalbuminuria es el marcador de riesgo más

importante de mortalidad, especialmente de origen cardiovascular en la DM2, se manifiesta clínicamente en varios estadios que son I. Y II. Existe un aumento glomerular e hipertrofia renal, seguido de aumento de grosor de la membrana glomerular, pero sin alteración en la excreción proteica. Estadio III. O nefropatía diabética insipiente. Aparece microalbuminuria en ausencia de infección urinaria y se eleva la tensión arterial. Estadio IV o nefropatía diabética establecida: existe ya glomeruloesclerosis y proteinuria existe hipertensión arterial y en mayor o menor grado retinopatía. Por último el estadio V o de insuficiencia renal, tras siete o diez años de proteinuria persistente, se define por niveles de creatinina plasmática, hay elevación de la tensión arterial, la retinopatía siempre está presente y la afectación cardiovascular siempre es muy frecuente. La excreción de albumina por la orina presenta fluctuaciones naturales de hasta un 40 % y se influye por la postura el ejercicio y la dieta, para su tratamiento se utiliza el correcto control glucémico y de la hipertensión arterial (SAMFyC, 1998).

OFTALMOPATÍA DIABÉTICA.

Las complicaciones de la DM a nivel ocular son numerosas y complejas ya que pueden afectar cualquier parte del aparato visual. La retina, es el órgano afectado con mayor frecuencia, pero igualmente pueden verse afectados otros aparatos como la córnea, el cristalino, el iris, el nervio óptico y los nervios oculomotores.

RETINOPATÍA DIABÉTICA.

El glaucoma de ángulo abierto, es más frecuente en los pacientes diabéticos, se a encontrado que luego de 20 años de padecer la enfermedad, los dos tipos de diabéticos existentes presentan retinopatía diabética, que es la causa más frecuente de ceguera en los países industrializados, pero los pacientes con DM tienen más riesgo de ceguera que la población no diabética.

La presencia de retinopatía diabética, no suele provocar síntomas en la agudeza visual aún en sus formas más agresivas con riesgo de amaurosis y cuando se detecta una

disminución en la agudeza visual, ya es demasiado tarde como para que se pueda realizar un tratamiento eficaz. Un correcto control glucémico y de la tensión arterial, pueden prevenir o retrasar la aparición del edema macular y retinopatía diabética proliferativa.

Existen tres fases evolutivas de retinopatía diabética que son: la retinopatía de origen no proliferativo: en donde predominan alteraciones de la permeabilidad vascular, se caracteriza por los microaneurismas, hemorragias y exudados duros, puede, en esta fase aparecer el edema macular y los exudados localizados en o cerca de la mácula. Luego aparece la retinopatía preproliferativa: caracterizada por exudados algodonosos, anomalías venosas (duplicaciones, tortuosidades), arteriales, (oclusiones, estrechamientos) y capilares (dilataciones y tortuosidades). Y por último aparece la retinopatía proliferativa. Caracterizada por la neoformación de nuevos vasos en retina y humor vítreo, crecimientos de vasos insertados en superficie hialóidea del vítro o hemorragias vítreas, y posteriormente esta hemorragia puede producir fibrosis y secundariamente desprendimiento de retina (SAMFyC, 1998).

La DM es una de las causas principales de ceguera en los adultos de estados unidos, pero el riesgo de ceguera en los pacientes individuales apenas alcanza el 10%, los síndromes retinopáticos suelen categorizarse como de fondo (simple) y proliferativo. Los síntomas de la retinopatía de fondo son: permeabilidad capilar aumentada, cierre y dilatación de capilares, microaneurismas, shunts arteriovenosos, venas dilatadas, hemorragias (puntiformes y en manchas), manchas algodonosas y exudados duros. Respecto de la retinopatía proliferativa, los síntomas son: vasos nuevos, cicatrices (retinitis proliferante), hemorragia del vítreo y desprendimiento de retina. Se habla incluso, de que la retinopatía proliferativa, es una etapa distinta del mismo proceso fisiopatológico, pero esto no ha sido comprobado; lo anterior se da como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo en la retina y a la viscosidad de la sangre, por otra parte, es consecuencia la retinopatía diabética del estado metabólico alterado que acompaña a la deficiencia insulínica porque la retinopatía de fondo aparece en la DM secundaria causada por fibrosis quística, pancreatitis crónica o pancreatectomía parcial. También existe una posibilidad de que los factores genéticos influyan en ésta enfermedad pero no ha sido comprobado.

CATARATAS

Las cataratas son más frecuentes en la población diabética, ocurren en edades tempranas y progresan más rápido que en la población no diabética.

La catarata en “copos de nieve” consiste en unos finos flecos en la corteza del cristalino, es idéntica a las cataratas seniles de los sujetos no diabéticos, pero ocurre antes y con mayor frecuencia en los sujetos diabéticos, principalmente con DM1.

MANIFESTACIONES ORALES DE LA DIABETES.

En éste apartado se habla principalmente del impacto que provoca la DM a la salud dental, pero también se mencionan algunas lesiones orales que pueden hacer sospechar de la existencia de DM. Así, los procesos orales más frecuentemente relacionados con la DM son los siguientes: Caries dental. Se ha observado un aumento de caries en pacientes diabéticos relacionadas con el grado de control metabólico, las localizaciones son atípicas, se ubican fundamentalmente a nivel de los cuellos dentarios, sobretodos en incisivos y premolares y son frecuentes las consecuencias de la caries como la celulitis, alveolitos postextracción o el edentulismo.

Enfermedad periodontal: Aquí se engloban las afecciones inflamatorias de causa bacteriana que afectan a las estructuras de soporte dental, es decir la inflamación en encías, cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal. Ésta enfermedad constituye la primera causa de pérdida dentaria después de los cuarenta años de edad. En pacientes con DM a mayor edad mayor duración de la enfermedad periodontal y mientras exista un mal control glucémico, el paciente será más susceptible de padecerla. En cuanto a las infecciones micóticas se encuentra la candidiasis oral, mucormicosis o ficomicosis, glositis romboidal media, boca seca o xerostomía, síndrome de ardor bucal, agrandamiento de las glándulas salivales, liquen plano bucal y reacciones liquenoides, infecciones post-extracción dental y alteraciones del gusto. Pero éstas complicaciones como ya se ha dicho con una medicación y alimentación adecuadas pueden ser controladas mas fácilmente.

NEUROPATÍA DIABÉTICA.

Es la complicación más frecuente en la DM, la prevalencia aumenta con el periodo de evolución de la DM y con la edad del paciente. La extensión y severidad de la neuropatía diabética se relaciona directamente con el grado y duración de la hiperglucemia (SAMFyC, 1998).

Existen tres formas de neuropatía diabética a saber: Mononeuropatía de un nervio periférico craneal, polineuropatía periférica simétrica y neuropatía autonómica. Las dos últimas son de etiología metabólica y la primera se atribuye a enfermedad de los vasosorum.

MONONEUROPATÍA.

O mononeuritis diabética. Se presenta en los Pares craneales, la más frecuente es la de los pares III y VI, presentándose oftalmoplegía dolorosa con diplopia, desviación externa del ojo, ptosis y conservación de la motilidad pupilar intrínseca. Radiculopatía, es un dolor agudo de tipo radicular que no sobrepasa la línea media, acompañado de hiperestesis o diestesis en el dermatoma afectado y empeoramiento nocturno. La mononeuritis periférica se presenta en el ciático popliteo externo, cubital, radial, femoro-cutáneo, mediano y la amiotrofia diabética, se presenta mediante debilidad, atrofia y dolor de los músculos de la pelvis y muslo unilateral.

Ésta forma de neuropatía, puede tomar los nervios crudal, obturador, ciático, mediano o cubital o afectar a un nervio craneal aislado. El cuadro usual es la aparición repentina de muñeca caída, pie caído o parálisis de los nervios craneales III, IV o VI. Pueden afectarse varios nervios al mismo tiempo (mononeuritis múltiple), pero eso es inusual. En circunstancias ordinarias los síndromes neuropáticos ceden espontáneamente al cabo de pocos días o pocas semanas. La amiotrofia diabética, es un síndrome que toma los músculos interóseos, las eminencias tenar e hipotenar de las manos y los músculos del muslo, pelvis o cintura escapular. Se considera que éste trastorno es una manifestación severa de neuropatía periférica vasculopática, aunque la trombosis de la

arteria espinal anterior puede dar un cuadro similar. Los pacientes con éste tipo de neuropatía, suelen haber tenido DM1 o DM2, por lo menos desde hace 20 años.

POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA SIMÉTRICA.

Es la forma clínica más común, se caracteriza por ser bilateral, simétrica, distal, de predominio sensorial e instauración lenta y progresiva. Los síntomas son dolor, parestesias, alteraciones de la sensibilidad superficial y profunda con afectación de los reflejos tendinosos y de la marcha, es típica, además la exacerbación nocturna del dolor, aliviándose con la deambulación.

La manifestación más común de ésta forma de neuropatía es una pérdida sensorial simétrica distal en las extremidades inferiores; los déficit motores y el compromiso de la extremidad superior son menos comunes; el reflejo aquiliano suele faltar en el momento en que se diagnostica la DM. Los síntomas más comunes son adormecimiento, hormigueos y quemazones que empeoran de noche; los dolores en forma de tirones, pueden adquirir una severidad extrema y han ocurrido suicidios por ésta razón, pero el dolor no es permanente y puede ceder en cuestión de meses o años a medida que las neuronas afectadas se destruyan. La disminución de la percepción sensorial de la neuropatía diabética aunque sea sintomática, puede hacer que se produzcan heridas inadvertidas en la piel y las articulaciones, con formación de cayos, úlceras y artropatía neuropática. Incluso pueden producirse fracturas indoloras en el tarso y la pierna, sobre todo en los que caminan o hacen Jogging para ejercitarse. El síndrome de caquexia neuropática puede simular el síndrome neuromiopático que a veces acompaña a las neoplasias malignas, puede haber una pérdida de peso corporal de hasta el 60%, junto con anorexia, depresión severa, impotencia y neuropatía periférica simétrica asociada con DM leve de larga duración , esto ocurre principalmente a los hombres que se encuentran alrededor de los 60 años de edad, aunque el pronóstico es bueno, ya que la recuperación puede producirse al término de un año.

NEUROPATÍA AUTONÓMICA.

Aparece en pacientes con DM de larga evolución y que además suelen presentar retinopatía, nefropatía y/o polineuropatía diabética. La afectación gastrointestinal dará lugar a sintomatología a nivel gástrico de intestino delgado y grueso y de recto y ano, se presenta atonía, retraso de la evacuación, disminución de la secreción pácida, diarreas postprandiales y nocturnas que alternan con períodos de estreñimiento e incontinencia fecal. Por otra parte, la sintomatología genitourinaria se caracteriza por vejiga neurógena, eyaculación retrógrada y disfunción eréctil, manifestándose esto último a través de pérdida de la sensación vesical, atonía, dificultad de la micción, vaciamiento incompleto e incontinencia por rebosamiento, en otro caso no hay erecciones matutinas espontáneas pero la capacidad eyaculatoria y el orgasmo son normales. Los signos de afectación cardiovascular son la taquicardia en reposo, la arritmia sinusal, y la ausencia de dolor ante el infarto agudo de miocardio. Las anormalidades de la pupila se manifiestan en forma de reacción pupilar lenta en respuesta a la luz, reducción del diámetro pupilar y ausencia de oscilaciones espontáneas. También existe alteración en la secreción sudoral, con pérdida de sudoración en extremidades inferiores e hiperhidrosis compensadora en tronco, extremidades superiores y región facial, ésta es típica ante estímulos gustativos. Por último, es típica la hipotensión ortostática que se define por un descenso en la presión arterial sistólica en 30 mmHg o más al adoptar la posición de bipedestación tras el decúbito, ocasiona mareos, debilidad, vértigos e incluso síncope. Como último dato, se tiene que el control glucémico mejora o por lo menos hace más lenta la progresión de la neuropatía diabética así como también se recomienda el tratamiento con medicamentos y de prevención (SAMFyC, 1998).

Las manifestaciones de ésta enfermedad comprenden anhidrosis de las extremidades inferiores, a veces se asocia con hiperhidrosis de la mitad superior del cuerpo; hipotensión ortostática, disfunción sexual y trastornos de la motilidad de la vejiga, esófago, estómago, vesícula, intestino delgado y colon. El síndrome de insuficiencia contraregulatoria que conduce a hipoglucemia puede relacionarse o no con la neuropatía autonómica. La disfunción vesicular es el signo de la DM, la parálisis vesical puede progresar sin dar otro síntoma que intervalos cada vez más largos de entre las micciones,

hasta que sobreviene una infección u ocurre retención urinaria. En más del 80 % los pacientes con neuropatía diabética existe vejiga neurogénica asintomática, el cuadro corresponde a una vejiga fina, distendida y atónica. En cuanto a la disfunción sexual, las manifestaciones son eyaculación retrógrada, en donde sobreviene el orgasmo sin que exista eyaculación y posteriormente se encuentran en la orina espermatozoides activos las consecuencias son infertilidad y frustración; otra manifestación de la disfunción sexual en diabéticos puede ser la impotencia, y puede deberse a la neuropatía o la vasculopatía, sobreviene después de la destrucción de los nervios erectores, la impotencia es total e irreversible, pero la libido se mantiene intacta, por lo que el síndrome resulta muy perturbador para el paciente. Las tres cuartas partes de los pacientes diabéticos, pueden tener síntomas gastrointestinales, tales como vómito, náuseas, variabilidad en el vaciamiento gástrico, la constipación y diarrea.

Por último, la cuarta parte de los pacientes con DM1, hombres, presentan manifestaciones cardiovasculares de neuropatía autonómica y la prevalencia aumenta con la edad. La frecuencia cardíaca se puede presentar acelerada aún en estado de reposo y puede ser invariable. En personas jóvenes con severa neuropatía autonómica del corazón, puede sobrevenir un paro respiratorio y el riesgo es mayor durante las operaciones (Williams y Foster, 1989).

PREVENCIÓN.

Prevenir, significa preparar con anticipación las cosas para determinado fin; tomar las medidas precisas para evitar un mal; en el caso de la medicina preventiva, se trata no sólo de evitar la enfermedad, sino también de evitar la progresión de la ya adquirida, sus complicaciones y secuelas. (Lara, 2001).

La DM es en la actualidad un problema sanitario y socioeconómico que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control, ya que los conocimientos actuales acerca de la enfermedad en cuanto a sus implicaciones genéticas, fisiopatológicas, y ambientales, sugieren realizar labores de prevención e intervención oportunas no solo para mantener un mejor control de la enfermedad sino para mejorar la calidad de vida del paciente que padece DM.

Se deben considerar dos estrategias de prevención: una primaria y una secundaria, en cuanto a la primera, se debe crear una estrategia poblacional para detectar y actuar sobre factores ambientales, socioeconómicos y de susceptibilidad genética, así como también se deben crear estrategias destinadas a personas que presentan un mayor riesgo o susceptibilidad para el desarrollo de la DM.

En cuanto a la prevención secundaria, tiene que ver con realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, para evitar las recaídas en pacientes en que han desaparecido los síntomas de la enfermedad y para evitar el avance de la enfermedad en los que ya están irreversiblemente afectados.

En cuanto a éste último punto, se sugiere que no se realicen pruebas a toda la población sino principalmente a personas con familiares diabéticos, incluso realizar las pruebas pertinentes inmediatamente después de haber diagnosticado a algún paciente con DM. En el caso por ejemplo de los pacientes diagnosticados con DM1, se encuentra que al momento del diagnóstico solo queda el 10% de la población total de células beta, pero antes de llegar a ese estado, ya se ha mencionado que existe una predisposición genética y que la DM solo se desarrolla si se lesionan las células beta. Así, con una detección temprana de personas con predisposición genética, el tratamiento consistiría en evitar que se destruyan las células beta, mediante varios procedimientos que van desde la aplicación de insulina en bajas dosis, lo cual permite el reposo de las células beta, hasta recetar inmunosupresores o nicotinamida. Todo con el fin de evitar la destrucción autoinmunitaria.

En cuanto a la DM2, la base genética y los factores socio-ambientales están plenamente identificados, así la estrategia a nivel poblacional es recomendar una dieta adecuada y actividad física; estas son las medidas de prevención primaria, posteriormente, se deben controlar otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipemia y la macroangiopatía. Así como también en el estado preclínico de la DM2, en donde ya se observa una tolerancia anormal a la glucosa, se puede utilizar medicamentos que mejoran la resistencia insulínica como las silfonilureas, biguanidas, inhibidores de alfa-glucosidasa, acarboza y tiazolidinodionas. Pero en éstos casos como en los de la DM1, ésta, medicación preclínica, solo debe proporcionarse mediante un

estricto control clínico en un contexto de ensayo y bajo la supervisión de un comité de ética.

La prevención terciaria, se contempla el tratamiento intensivo y el control metabólico estricto en la DM1 para prevenir o retrasar la progresión de complicaciones microvasculares; en la DM2, se recalca la importancia del control glucémico y de la tensión arterial en la reducción de problemas relacionados con la enfermedad (SAMFyC, 1998).

La educación para la salud es un medio para prevenir enfermedades (Liptzi, 1989), en el caso de la DM, el trabajo de prevención se enfoca en los estilos de vida del paciente, que van desde las costumbres higiénicas hasta el ejercicio, desde una vida sana y moderada, hasta una buena alimentación. Al respecto, la (SAMFyC, 1998), menciona los módulos necesarios para la educación en salud para personas diabéticas y son:

- Comunicar el diagnóstico y explicar qué es la diabetes.
- Evaluar los factores que influyen en los hábitos de salud del paciente y en su actitud y comportamiento frente a su diabetes.
- Describir el tratamiento de la diabetes.
 - Dieta y ejercicio físico.
 - Hipoglucemiantes orales o insulina.
 - Autoanálisis de sangre y orina, autocontrol.
- Mencionar las complicaciones agudas.
 - Hipoglucemia. Prevención y tratamiento.
 - Cetoacidosis prevención y tratamiento.
- Actuación ante situaciones especiales como viajes, ejercicios o enfermedades intercurrentes.
- Enseñar los criterios de buen control metabólico.
- Mostrar las complicaciones a largo plazo.
 - Neuropatía diabética.
 - Cuidado de los pies y de la boca.
 - Problemas oculares.
 - Nefropatía diabética.

Posterior a éstas enseñanzas se debe seguir una fase de seguimiento y refuerzo, donde se ampliará la información y se continuara motivando al paciente para que siga a pie de la letra el tratamiento que le ha prescrito el médico.

El ejercicio es uno de los elementos básicos para prevenir la DM o las complicaciones relacionadas con ésta enfermedad, por sí solo, el ejercicio no mejora el control del diabético, pero sí ayuda a reducir los niveles de glucosa en la sangre y a reducir los requerimientos de medicamentos, sin sustituirlos a la dieta, además ayuda a la pérdida de peso corporal; la actividad, favorece el consumo de la glucosa sanguínea y por tanto hace que se disminuyan las necesidades de insulina (Montoro 1991 en Lara 2001). El ejercicio aeróbico es el que se recomienda a las personas que padecen DM ya que hay mayor consumo de oxígeno que en los ejercicios anaeróbicos, lo que permite que aumente la frecuencia cardiaca y esto a su vez facilita la utilización de glucosas y grasas. Ejemplos de éste tipo de ejercicio son: la natación, caminata, el tenis, correr, etc. Las únicas complicaciones posibles para el paciente diabético, respecto de hacer ejercicio sería la aparición de hipoglucemia, pero ésta se puede controlar tomando alimentos antes de hacer ejercicio.

Otra forma de prevención es observar una buena higiene corporal, ya que por ejemplo, los pies tienen mala circulación debido a la DM por lo cual se corre mayor riesgo de padecer infecciones, por lo tanto, se requiere mantener las uñas cortas y tener cuidado al hacerlo o de preferencia asistir con un profesional para que lo haga, si ya se tiene alguna infección hay que tratarla adecuadamente y a tiempo de manera que se evite la aparición de gangrena. Las infecciones en los pies también pueden aparecer por exceso de humedad en los pies, al roce con los zapatos, falta de movimiento o un callo cortado; de la misma forma que en los pies, se debe tener especial cuidado con los dientes ya que el paciente diabético tiene mayor riesgo de padecer pérdida prematura de ellos por afloramiento, inflamación de la encía con dolor, sequedad en la boca, dolor intenso de los dientes, pus en las encías y mal aliento.

La forma de prevenir malestares en los pies es: Lavarlos diario con agua tibia, secarlos con toalla suave sin olvidar los dedos, aplicar talco, cortar las uñas en forma recta y de preferencia limarlas, lubricar los pies resecos con lanolina o aceite para niños, en pies sudorosos aplicar alcohol y agua a partes iguales, consultar al médico si se notan

cambios en los pies, usar zapatos blandos, cómodos de tacón bajo que no queden grandes o chicos, dar masaje a los pies con aceite de vaselina siempre de abajo hacia arriba, cubrir los pies con medias o calcetas evitando que queden apretados y revisar diario los pies si se notan cambios de color, heridas, infecciones y dolor debe ir inmediatamente al médico.

La forma de prevenir problemas en los dientes es: Lavándose los dientes después de comer, cepillarse bien los dientes, usar cepillos semiduros, usar hilo o seda dental, dar masaje circular en las encías con un dedo de la base del borde libre del diente y, asistir al dentista dos veces al año.

Para mantener la DM controlada, son necesarios también los medicamentos, ya que los hipoglucemiantes bucales no tienen relación con la insulina ni pueden reemplazarla. Existen dos tipos de medicamentos preparados: las sulfonilurias y las biguanidas. Las primeras disponibles para prescripción son la tolbutamida, la acetohexamida, la acloropamida y la tolazamida. Actúan estimulando la secreción de insulina endógena, pero también existen pruebas de que actúan disminuyendo la salida de la glucosa por el hígado. (Harrison, 1985 en Lara 2001)

Las biguanidas que se encuentran en el comercio son: el fendormin, ésta influye en la vía anaerobia de la glucosa e inhibe la gluconeogénesis hepática. Existen pruebas de que la droga disminuye la incorporación de la glucosa por la mucosa intestinal (Harrison 1985, en Lara 2001). El fendormin es de uso limitado ya que produce efectos gastrointestinales colaterales como anorexia, náuseas, vómito, y diarrea.

La hormona insulina se utiliza en pacientes con DM1 o en pacientes con DM2 para quienes la dieta ha resultado insuficiente para mantener las concentraciones de la glucosa en condiciones satisfactorias. Para el tratamiento en urgencias la insulina cristalina es la mejor opción, o se puede usar para el uso diario en combinación con una insulina intermedia para obtener una acción más rápida.

Por último, en cuanto a prevención se refiere se debe tomar en cuenta la nutrición del paciente diabético. La nutrición es un conjunto de procesos gracias a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos y son materiales esenciales y necesarios en el mantenimiento de la vida (Lara, 2001). Un buen

estado nutritivo, es la consecuencia de una adecuada alimentación, y ésta a su vez es el resultado de una dieta saludable.

Respecto de la alimentación, (Castañeda, 1995), menciona, que es necesario balancearla para los pacientes diabéticos con sobre peso de forma que pierdan 200 o 300 calorías diarias, por medio de un régimen alimenticio adecuado y de ejercicio físico, y respecto de los pacientes sin problemas de peso balancear de tal forma que el peso se mantenga y se logren mejores respuestas fisiológicas en relación a los niveles de glucosa. Así, si por medio de la alimentación se logra controlar los niveles de glucosa, se lograra controlar y prevenir en cierta medida las enfermedades consecuentes a la DM, por lo que considerar la dieta como parte de los programas de prevención resulta de gran importancia en la lucha contra la DM y sus efectos colaterales.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

Los principios generales en que se basa el tratamiento a la DM pretenden un balance entre la ingesta de calorías y el gasto energético, así como el mantenimiento de una adecuada concentración de insulina circulante que asegure la eficaz utilización de la energía y evite en lo posible la presencia de hiper o hipoglucemia. Así, se han considerado tres pilares en el tratamiento de la DM que son: dieta, ejercicio y medicación con insulina o hipoglucemiantes orales. Para conseguir un adecuado equilibrio entre éstos tres elementos, es esencial la colaboración del paciente, por lo que hoy se considera necesaria la inclusión de un cuarto pilar en el tratamiento, que es la educación diabetológica, ya que es necesario informar al paciente acerca de la importancia de seguir adecuadamente su tratamiento y motivarlo para que lo haga (SAMFyC, 1998).

Hasta 1921, el tratamiento de la DM se basaba en una cuidadosa dieta de hambre para eliminar el exceso de carbohidratos, pero solo resultaba eficaz para prolongar la vida en las formas juveniles de deficiencia insulinaria más graves de la enfermedad, o para disminuir los síntomas de pacientes con variedades menos graves de DM. En ese año, se descubre la insulina y comienza a administrarse a los pacientes diabéticos como medicamento (Lee, 1987). En 1936, la insulina de larga duración se introduce en el

tratamiento, simplificando de ésta forma el tratamiento del paciente diabético que requiere insulina (Lara, 2001)

El tratamiento para la DM1 consiste en inyecciones diarias de insulina para evitar la cascada metabólica que conduce a la cetoacidosis, coma y muerte. Los objetivos de la insulino terapia son: eliminar el estado catabólico y sus síntomas, eliminar la glucosuria y lograr una eglucemia preprandial y posprandial con normalización del nivel de hemoglobina A_{c1}, la inversión del estado catabólico es obligatoria y junto con el control de la glucosuria puede obtenerse mediante la insulino terapia convencional, éste es un régimen en el cual el paciente recibe una o dos dosis diarias de una insulina de acción intermedia, junto con insulina regular adicional o no; la dosis se basa en particular en el análisis semicuantitativo del nivel de la glucosa urinaria monitoreado por el paciente, junto con mediciones periódicas de la glucosa plasmática en ayunas realizadas en un laboratorio. Pero el logro de un nivel sanguíneo normal de azúcar requiere de un programa posológico, es decir requiere de un estudio de las dosis y de las vías de administración de la insulina, pero más compleja, basada en determinaciones frecuentes de la concentración sanguínea de la glucosa, lo cual debe realizarlo el paciente en su domicilio, porque los métodos urinarios semicuantitativos son insensibles para estimar la hiperglucemia e inoperantes para detectar hipoglucemia; por supuesto el paciente debe vigilar no solo su medicación, sino también su consumo de alimentos y su actividad física para lograr el nivel sanguíneo normal de azúcar. Las dosis de insulina deben administrarse junto con las comidas diarias, para evitar la hipoglucemia, ya que al consumir alimentos se reponen los azúcares que la insulina está llevando a las células. Por lo que, un vez más, se considera la dieta un factor fundamental para el control de la glucemia, aunque por supuesto debe ir acompañada del medicamento adecuado según el tipo de DM de que se trate. La insulina intermedia es la que tiene un período de duración largo y la insulina regular es la que tiene un período de acción inmediata. Al día, el diabético, requiere de, dos dosis diarias y de dos terceras partes a tres cuartas partes se suministran antes del desayuno y el resto antes de la cena, debido a que la cantidad de alimentos consumida en el desayuno y a lo largo del día es mayor que la cantidad de alimentos consumidos durante la cena. La autovigilancia de la glucosa sanguínea debe tomarse media hora antes de las comidas para lograr una dosis correcta de insulina

(Williams y Foster, 1989 y; Kilo, 1997). Por supuesto que el tratamiento con insulina también ocasiona contratiempos por ejemplo si el paciente es alérgico a la insulina caracterizada por eritema, prurito, o induración en el sitio de la inyección y la alergia sistémica se manifiesta con urticaria generalizada, edema angioneurótico o anafilaxia franca.

El tratamiento para la DM2, consiste en normalizar las alteraciones metabólicas para mantener la salud y prolongar la vida del paciente diabético, conforme la edad del paciente aumenta, y según los problemas clínicos que éste presenta, se debe procurar en la mayoría de los casos un tratamiento individualizado, aunque, por las mismas razones y por la amplia actividad de las células de los islotes y por la variedad de peso de los pacientes se puede elegir entre una gran variedad de opciones terapéuticas. Así, por ejemplo, la insulino terapia no es obligatoria para este tipo de pacientes. Se divide a los pacientes en varios grupos que son: los que tienen suficiente reserva de células de los islotes y sensibilidad a la insulina como para mantener niveles de los islotes y sensibilidad normales siempre y cuando se les restrinja el ingreso de calorías y carbohidratos; los que requieren, además de la restricción dietética, la administración de drogas hipoglucemiantes orales y; los que requieren de insulina exógena porque de otro modo no sería posible el control de la glucemia. Igualmente, el tratamiento debe adaptarse a los pacientes obesos o a los no obesos ya que el control de la glucemia en pacientes obesos puede mejorar si se controla el peso del paciente y como se ha mencionado anteriormente los pacientes no obesos con DM2, pueden evolucionar hasta tener DM1, en cuyo caso el tratamiento sería distinto para éstos pacientes. Por otra parte, los hipoglucemiantes orales solo deben ser prescritos cuando la glucemia persiste aun manteniendo una dieta estricta por parte del paciente, pero es raro que los pacientes lleguen a controlar su peso y sigan las prescripciones dietéticas. Así, los hipoglucemiantes deben ser considerados como coadyuvantes de un régimen dietético, no como un tratamiento inicial o principal. Las silfonilureas, son las únicas drogas hipoglucemiantes aprobadas en Estados Unidos. Estas drogas estimulan la liberación de insulina así como la secreción de somatostatina, suprimen además la acción del glucagón y retardan la absorción de nutrientes del intestino, siendo su principal mecanismo de acción potenciar la función de las células beta, pero no pueden ser

utilizadas en pacientes con DM1 Debido a que el tratamiento combinado con insulina no funciona. Los pacientes que tienen un nivel menor de 250 mg/dl de glucosa en la sangre son los que responden adecuadamente a las silfonilureas, no así los que presentan 300mg/dl de glucosa en la sangre, los posibles fracasos de la drogas pueden deberse a infecciones recurrentes, cirugías o debido al estrés, pero la respuesta positiva a la droga reaparece después del estrés al que es sometido el paciente, otro causante del mal funcionamiento de la droga es el incumplimiento de la dieta y el incesante aumento de peso. Los posibles efectos colaterales presentes en aproximadamente el 3% de los pacientes que las consumen son: depresión de la médula ósea, anemia hemolítica, erupción cutánea, náuseas y vómitos, disfunción hepática, sonrojos vasomotores con el alcohol y antidiuresis que puede causar hiponatremia, puede además ocurrir una hipoglucemia grave por silfonilureas durante el ayuno, cuando esto ocurre es imprescindible hospitalizar a los pacientes ya que el efecto hipoglucemiante es prolongado. Las biguanidas fenformina y metformina no se usan en Estados Unidos porque acrecientan el riesgo de lactacidosis. En cuanto a la droga acarbosa, no se consigue para su uso general en los Estados Unidos, ésta droga es un inhibidor de la alfa-glucosidasa que interfiere la absorción intestinal. Y reduce así la hiperglucemia posprandial, entre sus efectos secundarios esta la producción de flatulencias y aún no se define si sus efectos secundarios son compensados por su efecto benéfico. Por último, la ciglitazona, provoca una caída dramática de la glucosa sanguínea luego de dos días de tratamiento. Su eficacia en animales con DM1 es limitada, pero aumenta el metabolismo basal de la glucosa, la lipogénesis, la cantidad de receptores de insulina y la respuesta posreceptora a la insulina, pero aún no se han publicado ensayos en humanos (Wilson y Foster, 1989).

(Lara, 2001), menciona que fue enunciado en la universidad nacional por el doctor Valdés González Salas, un método vanguardista que promete la posibilidad de controlar incluso la DM juvenil que es la que produce mayores estragos en el organismo del paciente. El tratamiento consiste en un dispositivo cilíndrico de aproximadamente tres milímetros de diámetro fabricado en teflón y recubierto por una maya de acero que se implantará vía subcutánea en las piernas brazos del paciente diabético. En el interior de dicho aparato se insertaran células del páncreas del cerdo, las cuales producirán la

insulina requerida por el receptor, es decir por el paciente. Las células del cerdo se mantendrán vivas gracias a que se provocará la producción de tejido fibroso en la zona del implante y con ello se formarán pequeños vasos sanguíneos que nutrirán las células implantadas. Según el doctor, el único riesgo es que el implante no funcione y tenga éste que volver a tomar su dosis de insulina. Pero, el dispositivo aún no ha sido probado en humanos, solo en animales, pero en ellos se ha obtenido un éxito rotundo.

Se a dicho que el paciente ni siquiera precisará de una dieta específica para controlar su enfermedad, pero, el dispositivo no revierte los efectos producto de la enfermedad solo detiene su avance, lo cual implica que mientras más temprano sea el diagnóstico y por lo tanto más temprano se implante el dispositivo, se logrará controlar con mayor eficacia la enfermedad.

Otro medicamento recién salido al mercado es la troglitazone, cuyo nombre comercial es la “rezulina”. El medicamento fue producido por la U. S. Food and Drug Administration y la doctora Lipstate, quien explica que el medicamento resulta altamente eficaz debido a que provoca la segregación natural de la hormona insulina en pacientes con DM2. E incluso puede ayudar a prevenir la aparición de la enfermedad en pacientes susceptibles de padecerla. Lo que hace el medicamento es sensibilizar al organismo para que produzca la insulina, ya que el paciente con DM2 no tiene esa sensibilidad. Además de que reduce la resistencia insulínica a niveles celulares.

En México, el ISSEMYM recomienda, en cuanto al tratamiento de la DM se refiere, atender principalmente la dieta del enfermo, ya que a través de un buen control de ésta, se pueden utilizar de manera correcta los sustratos energéticos, con lo que se logran concentraciones normales de glucosa, aminoácidos y lípidos en la sangre, de igual forma se previenen con el control de la dieta las complicaciones agudas y crónicas de la DM o en caso de que estas ya se encuentren presentes se pueden controlar más fácilmente (ISSEMYM, 2004).

LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

El 1 de julio de 2003, la OMS reveló que la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%, y que el cumplimiento es

mucho menor en los países en desarrollo. Los costos de éste incumplimiento resultan en el bajo aprovechamiento de los medicamentos por parte de los pacientes, complicaciones médicas y psicosociales. Reducción de la calidad de vida del paciente y sus familiares, aumento de la resistencia a los fármacos y el desperdicio de recursos asistenciales. Todo ello a nivel local, estatal, nacional y mundial (Sabaté, 2003). Él mismo menciona que el problema del incumplimiento terapéutico tiende hacia la alta y los costos de esto, en enfermedades crónicas, en las cuales el seguir adecuadamente el tratamiento es de vital importancia para su control, resultan por ejemplo en que a nivel mundial enfermedades crónicas como las cardiovasculares, cáncer, DM, trastornos mentales, VI/SIDA y la tuberculosis representaron el 54% de la carga de morbilidad.

Por ello, *“la adherencia al tratamiento constituye el quinto hábito (junto a la dieta alimenticia, el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) sobre el que intervenir para actuar sobre la disminución de las siete principales causas de muerte”* (Macia y Méndez, 1996). Y, por supuesto, hablar de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica, es hablar de seguir adecuadamente los tratamientos médicos y comportamentales, así como dar seguimiento a las intervenciones con fines preventivos, etc.

El objetivo del tratamiento en la DM, es controlar la enfermedad, así, se busca, mediante el control metabólico, que la glucemia, el colesterol, la masa corporal y la tensión arterial se encuentren dentro de las cifras aceptables que se darán en la tabla siguiente:

	bueno	Aceptable	Malo
Glucemias (mg/dl)			
. ayunas.	80-110	<140	>140
. postprandial	80-145	<180	>180
Colesterol total (mg/dl)			
HDL-colesterol (mg/dl)	<200 >40	<250 >35	>250 <35
Masa corporal.			
Hombres.	<25	<27	>27
Mujeres.	<24	<26	>26
Tensión arteriar (mm Hg)	<140/90	<160/95	>160/95

Tabla 4. cifras aceptables de la glucemia sanguínea, el colesterol, la masa corporal y la tensión arterial

Aunque seguir al pie de la letra el tratamiento prescrito por el médico es de vital importancia para lograr un control adecuado de la DM, muchos pacientes no lo hacen, es decir existe un gran índice de incumplimiento por parte de los pacientes diabéticos, respecto del tratamiento prescrito. Algunos inconvenientes a los que se puede enfrentar el paciente, son el miedo o el dolor al tratamiento.

La (SAMFyC, 1998), menciona que el mal control metabólico puede deberse a las siguientes causas:

1. Factores relacionados con la DM: deterioro de las funciones de las células beta-pancreáticas y aumento de la insulino-resistencia.
2. Factores relacionados con el tratamiento: caducidad del fármaco, variabilidad de la absorción de la insulina (lipodistrofias o ejercicio), errores en la administración de la insulina (no agitar lo suficiente el frasco, error en la dosificación, error en la técnica de inyección, insulina mal conservada).
3. Factores relacionados con el paciente: no seguimiento de la dieta equilibrada (trasgresión dietética habitual o irregularidad en horarios), falta de actividad física, no cumplimiento terapéutico (no toma las pastillas o no se inyecta la insulina), técnica de autoanálisis incorrecta, reflectómetro no calibrado o averiado.
4. Factores relacionados con otros procesos: Utilización de fármacos hiperglucemiantes (diuréticos, beta-bloqueantes, beta-adenérgicos, antimicrobianos, corticoides, anticonceptivos orales, análogos de somatotatina u hormona del crecimiento, analgésicos a altas dosis, fibratos), procesos intercurrentes (fiebre, gastroenteritis, infecciones), enfermedad concomitante (hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo, cushing, acromegalia) y, trastornos psíquicos y problemáticas sociofamiliares.

Estos factores pudieran evitarse si existiera la atención adecuada hacia el medicamento que consume el paciente, a los alimentos y al ejercicio que realiza, por parte del mismo paciente y de los familiares que están cerca de él o a su cargo en caso de que a causa de la enfermedad el paciente ya no pueda valerse por sí mismo. La adherencia al tratamiento, es un proceso que comienza en la entrada al tratamiento terapéutico, el seguimiento del mismo y la continuidad hasta el término de éste, que en

el caso de las personas que padecen DM, se debe seguir de por vida debido a que se trata de una enfermedad crónica (Macia y Méndez, 1996). El cumplimiento de las prescripciones médicas esta catalogado como conducta, por lo que se sujeta a las leyes del aprendizaje, así, es importante determinar las variables que afectan y regulan la aparición de esas conductas de adhesión al tratamiento para lograr la elaboración de estrategias de evaluación e intervención, con el objetivo de facilitar que los pacientes sigan ese tratamiento y así mejoren su calidad de vida. Las conductas que cubren la adhesión al tratamiento son las siguientes: 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 del estrés, alimentación, actividad física, etc); 5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario y; 6. Evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etc.) (Meichenbaum y Turk, 1987; citados en Macia y Méndez, 1996).

La eficacia del tratamiento depende de que el paciente o sus familiares a cargo, sigan correctamente las indicaciones del médico, lo cual no ocurre en la mayoría de las veces, con lo que sobrevienen una serie de consecuencias negativas que son:

- El enfermo que hace caso omiso o descuida la toma de medicamentos difícilmente se curará.
- No respetar las dosis indicadas puede llevar a intoxicaciones, enfermedades iatrogénicas y otros efectos indeseables,
- El incumplimiento por falta o exceso de medicamentos, ocasiona la elevación de los costos de los servicios de salud, no solo por el desperdicio de medicamentos sino porque algunos pacientes deben ser hospitalizados por esas causas, etc.

Factores socioeconómicos, motivacionales o de características de la personalidad, se asocian a la no adherencia del tratamiento y debido a los altos índices de no adherencia debe considerarse a cada paciente como un posible paciente incumplidor.

RELACIONES PSICOSOCIALES DEL ENFERMO DIABÉTICO.

Toda enfermedad tiene componentes psicológicos, por lo que se debe valorar el impacto social de la DM en la dimensión total del sujeto que es la biopsicosocial, así, se

debe considerar al sujeto dentro del proceso salud-enfermedad y en interrelación con sus familiares, amigos, compañeros de estudio y /o trabajo, etc. También debe considerarse como productor y consumidor de bienes y servicios dentro del sistema social. Se deben analizar además, los aspectos clínicos de las personas afectadas, se deben evaluar las sensaciones y percepciones del paciente, ya que ello es parte fundamental del desarrollo del individuo en sociedad y por lo tanto del buen funcionamiento de la misma no solo a nivel de interrelaciones sino también a nivel productivo. Así, cabría preguntarse si el individuo tiene conciencia de su enfermedad y en que tiempo interioriza su padecimiento como problema. En un estudio realizado a pacientes con DM en el IMSS de la ciudad de Guadalajara Jalisco, se encontró que los niños que padecían la enfermedad presentaban cuadros de depresión y ansiedad, sobretodo los niños de bajos recursos económicos, también los adultos presentaron éste problema además del de dependencia familiar, los grupos más susceptibles fueron el de los niños, ancianos y mujeres embarazadas, debido a la percepción de limitaciones y a una baja autoestima. Así, el impacto social se vincula con el momento en que el sujeto conoce su diagnóstico, el riesgo, la gravedad y las secuelas de la misma, el impacto de la noticia también depende de la memoria familiar que se tenga acerca del padecimiento y de la información que hayan adquirido acerca de la historia natural de su padecimiento, de ésta forma, la autoestima y autoafirmación, son fundamentales para poder controlar su enfermedad y prolongar su vida con el mayor bienestar posible (Islas, 2000).

Pese a éstos hallazgos (Fernández y Pérez-Álvarez, 1996), mencionan que no existe en realidad una “personalidad diabética”, propiamente dicha y definida adecuadamente, ya que desde 1899, año en que comenzaron a trazar los lineamientos para la existencia de ésta, no se encontraron rasgos comunes en todos los diabéticos, solo se han encontrado síntomas de depresión, pero ello no es un factor determinante para hablar de una personalidad diabética bien definida, en cambio, si se ha notado que la personalidad del paciente diabético depende de factores sociales, individuales y fisiológicos. Por lo que tratar de encontrar un patrón en los rasgos de la personalidad de las personas diabéticas resulta irrelevante. Lo que nos da la pauta para dirigir entonces la atención hacia los déficits que existen en cuanto al tratamiento en interrelación con la vida cotidiana del paciente para determinar las causa de el estado de depresión por ejemplo y

para determinar que es lo que influye en la conducta del paciente diabético y como esta influye en la evolución de su enfermedad, analizando éstos procesos no para llegar a una conclusión generalizada, pues ya se ve que resulta inútil pero sí para llegar a conclusiones individualizadas que resultan útiles, ya que cualquier desequilibrio entre las exigencias ambientales y la capacidad de un individuo para satisfacerlas llevará a experimentar tensión, al respecto, lo que sí se ha comprobado es que existe una clara relación entre el estrés y la elevación de la glucemia (Mason, 1975), una de las razones para asegurar esto último es que el estrés influye en primer lugar sobre la conducta del individuo y en el tratamiento de la DM se necesita la adhesión por parte del paciente al tratamiento, lo cual implica la realización de determinadas conductas en pro de sus salud y si éstas se ven afectadas por el estrés entonces se observará un efecto negativo sobre el control de la glucemia y por lo tanto sobre la forma como evoluciona la enfermedad; aunado a esto el estrés disminuye las defensas biológicas del paciente, por lo que se ve vulnerable ante cualquier infección por ejemplo, un problema que afecta a la mayor parte de los diabéticos llegando a los extremos de evolucionar en gangrena. Las trasgresiones conductuales observadas en los pacientes diabéticos pueden ser muy diversas, pero una de las más importantes es la relacionada con la dieta, precedida por tensiones y conflictos emocionales (Fisher, Delamater, Bertelson, Kirkley, 1982; Hanson y Pichert, 1986 citados en Fernández y Pérez-Álvares, 1996).

Tomando en cuenta que la parte más importante de la prevención y el tratamiento de la DM es la nutrición adecuada y que ésta se ve afectada principalmente por la conducta del individuo, es el psicólogo quien debe trabajar sobre éste pilar de la lucha por una buena calidad de vida del paciente diabético y, debido a que esas conductas se ven fuertemente influidas por tensiones y conflictos emocionales, resulta más adecuado analizarlas desde un punto de vista subjetivo principalmente, tanto a nivel individual, como poblacional.

Si se pone en primer lugar el tratamiento y control de la enfermedad a nivel individual se contribuye para que la población diabética en general adquiera una buena calidad de vida. Cuando hay un enfermo en la familia, no solo éste sufre las consecuencias de la enfermedad, también las sufre la familia, o las personas que conviven con él de manera cercana (Lara, 2001), por lo que se considera necesario

también, dar atención a los familiares cercanos del enfermo o a las personas encargadas del cuidado del mismo. El enfermo que padece DM presenta además sentimientos de culpa, negación, temor, ansiedad, miedo y depresión (Krall, 1992 en Lara, 2001), con ello, el paciente diabético tiende a manipular su enfermedad con el objeto de llamar la atención o de cubrir sus necesidades de afecto y dependencia, ya que generalmente se sienten tristes, insatisfechos y tienden a pensar en forma pesimista. Por su parte, las familias de los enfermos diabéticos, tienden a ser sobre protectoras, el enfermo se vuelve el centro de atención por lo que se modifica la estructura familiar, conllevando esto último a una crisis familiar producida por un hecho evolutivo en la vida del enfermo (Montoya, 2004).

La subjetividad del paciente diabético y la de sus familiares, se ve influida fuertemente por el padecimiento de la DM, con lo que se pueden cumplir o no, los requerimientos de los médicos en cuanto al tratamiento. Lo que se debiera analizar en cada población específica, es, de que manera se construyen las subjetividades de los sujetos cercanos al que padece DM y de forma más específica, de que manera se construyen las subjetividades de aquellos que padecen la enfermedad, pues esas construcciones no dependen en sí de los mismos sujetos, sino de la comunidad en que están inmersos, de sus usos y costumbres, precisamente por ello es necesario llevar a cabo un análisis a nivel comunitario, por regiones, porque los usos y costumbres varían de comunidad a comunidad, cuanto más de región en región, no solo en cuanto al mapa geográfico sino en cuanto a los tipos de alimentación, a los hábitos higiénicos, las formas como se concibe al enfermo y su enfermedad, e incluso, el poder llevar a cabo ciertos cuidados hacia el paciente o no según la región económica donde se vive. Aunado a esto, los cuidados que el paciente diabético requiere, dependerán además de que tanto ha avanzado su enfermedad, que tanto ésta ha deteriorado su cuerpo, que funciones biológicas es capaz aún de hacer por sí mismo o no. Así los factores psicológicos en la DM, aunados a los factores biológicos, son determinantes, para definir que calidad de vida tienen el paciente diabético y sus familiares, pero, esa definición se encuentra además sujeta a las propias opiniones que ellos se formen respecto del padecimiento, depende de su subjetividad.

CAPÍTULO 5.

LA NUTRICIÓN EN EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO COMO UNA FUENTE DE VIDA SALUDABLE.

NUTRICIÓN EN DIABETES MELLITUS.

La nutrición como parte fundamental para el tratamiento del paciente diabético, no debe tomarse a la ligera, es decir no deben llevarse a cabo dietas restrictivas o consumir grandes cantidades de alimentos dañinos sin la supervisión de un experto en la materia como puede ser el médico, el nutriólogo o el educador en DM; éste último profesional puede ser desde un médico hasta un psicólogo, es decir un profesional cuyo campo de especialidad sea la educación en DM. A continuación se detallan los tipos de dietas existentes y la dieta ideal para los pacientes diabéticos utilizando como base las investigaciones nutricionales que se han hecho al respecto, igualmente se señalan los posibles vínculos que puede padecer un paciente con la dieta, lo cual facilita o dificulta que el paciente que padece DM, siga los señalamientos que al respecto le hace su profesional de la salud. Necesariamente, la salud y calidad de vida del paciente diabético depende en gran medida de la forma de colocarse frente a su padecimiento, en concreto y para el caso que se aborda en éste estudio, la calidad de vida del paciente diabético depende en gran medida de la forma como éste se posiciona frente a la “obligación” de seguir su dieta según las prescripciones de su profesional de la salud.

NUTRICIÓN

La nutrición es un fenómeno característico de los organismos vivos que consiste en un intercambio de materia y energía.

Se ha mencionado en el capítulo anterior que la nutrición es un conjunto de procesos gracias a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos que son materiales esenciales y necesarios en el mantenimiento de la vida

(Lara, 2001). Por lo que un buen estado nutritivo, es la consecuencia de una adecuada alimentación, y ésta a su vez es el resultado de una dieta saludable.

Se llama dieta a la cantidad de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo de población consume. (Sánchez, 2001). *“La palabra dieta, se refiere a todo plan de alimentación diaria de un individuo o comunidad, aunque es muy frecuente emplear éste término como sinónimo de régimen alimenticio de una persona con restricciones a la hora de comer, sean del tipo que sean”* (Ibáñez, 2001). Así, una dieta “normal”, sería la que se consume de manera regular y/o por costumbre o tradición en una comunidad o familia.

En un estudio sobre comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. Realizado por (Mendoza, Velásquez, Antonieta, Pego, Campero, Lara y, Figueroa, 2000), se menciona que en el estado de México el concepto de dieta *“tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla de la familia”*. Esto quiere decir que el paciente diabético e inclusive algunas veces la familia de éste significan la palabra “dieta” como una restricción que influye en sus estilos de vida habituales, lo cual les impide en gran medida que convivan de la manera como lo habían venido haciendo a lo largo de su vida familiar y social, ya que algunas ocasiones deben cambiarse no solo los alimentos del paciente, sino también los horarios en los que los consume y algunas otras veces, o se preparan dos tipos de alimentos distintos (el del paciente y el de la familia), o toda la familia debe someterse a un cambio radical en la dieta habitual, lo que conlleva a disgustos y desagradados, pero sobre todo al señalamiento del paciente como el causante de éstas transformaciones al interior de la vida familiar. Solo en algunas ocasiones la familia significa éstas modificaciones en la dieta como una forma de mantener un estilo de vida saludable que beneficiará no solo al paciente, sino también al resto de los miembros de la misma. Pocas son las familias que significan el seguimiento de una dieta adecuada como una fuente para obtener un estado de vida saludable.

LA DIETA Y LA SALUD.

Vega, 2002), menciona que todos los individuos se alimentan, pero no todos siguen una dieta balanceada y compuesta por sustancias nutritivas como son: las proteínas, los carbohidratos, las vitaminas, minerales, etc. El llevar una dieta balanceada trae como resultado el mantenimiento de un peso adecuado a la estatura, edad y sexo de la persona; así como también ayuda a prevenir enfermedades como la hipertensión, la DM, problemas óseos y articulares, alteraciones morfológicas y funcionales o problemas durante el embarazo. De ésta forma, los hábitos alimenticios más recomendables para conservar la buena salud son: Disminuir el consumo de grasas animales, consumir leche, frutas, verduras y alimentos con alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol (Roa, 1995; citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000)

Existen diferentes tipos de dietas, pero hasta el momento no se ha diseñado una forma de medida para definir si una dieta es deficiente o excelente, porque esto depende de diversos factores como el peso, la estatura, la edad, si se tienen padecimientos específicos o no, el tipo de metabolismo individual etc. Pero sí existen planes alimenticios que se consideran muy favorables para mantener saludable a un individuo, algunos ejemplos de éste tipo de dietas son, por ejemplo:

La dieta Macrobiótica: En ella se consume en cada comida al menos 50% de cereales integrales cosidos, 5 % de la dieta diaria puede ser sopa, entre un 25 y 30% deben ser verduras y entre un 5 y 10% deben ser frutas, nueces, bebidas y edulcorantes naturales. Se prohíbe la cafeína.

Otro plan alimenticio es el llamado plan McDougall: la dieta es estrictamente vegetariana y es la única respaldada por un médico, el doctor McDougal. Se prohíben las carnes rojas, aves, pescados, productos lácteos y huevos. Sirve principalmente para prevenir problemas de cáncer en el colon y de mama e irregularidades en el ciclo menstrual.

Otro tipo de dieta es la que no debe contener grasas adicionales: consiste en no añadir grasa a los alimentos y minimizar el uso de mantequilla, queso, productos lácteos, huevos, carnes y pescados de toda clase. Además se deben organizar los alimentos de

manera que el consumo de grasa al día no debe rebasar los 20 gr; ésta debe provenir del contenido en grasa de los alimentos consumidos.

La dieta de Anopson, consiste en consumir crudas, carnes como de pescado, aves y carnes rojas, frutas y verdura crudas, así como también huevos, semillas y nueces crudas.

También existe la llamada antidieta, que consiste en solo consumir fruta fresca y zumos desde el momento de despertar y hasta el medio día, a partir de ese momento y hasta la noche, se pueden comer verduras sin límite y, hasta donde sea posible comerlas crudas; finalmente, ya por la noche, se pueden comer féculas de cualquier clase como papas, arroz, trigo, maíz. Etc. Estas dietas, aunque puedan parecer muy rigurosas, tienen el objetivo de disminuir básicamente el consumo de grasas y azúcares. (Vega y Castillo, 2002)

Una dieta normal, o una restrictiva, debe aportar todos aquellos nutrientes que resulten adecuados para el mantenimiento de la persona, debe ser variada, de sabor agradable, y con buena presentación para combatir la falta de apetito derivada de algunas situaciones particulares, por último, con ella se deben crear buenos hábitos alimenticios que se mantengan a lo largo de toda la vida.

Si se introducen modificaciones sobre una alimentación normal, se está creando una dieta terapéutica. En éste caso, el régimen alimenticio debe ser personalizado considerando los distintos aspectos que condicionan su preparación, una dieta terapéutica debe ser prescrita por un especialista; las dietas terapéuticas pueden clasificarse con cuatro criterios:

- Textura: líquida o blanda.
- Frecuencia: es el número de veces en que se reparte el alimento al día.
- Cambios cuantitativos: el número de alimentos de variados grupos que se pueden ingerir, o la cantidad de éstos.
- Cambios cualitativos: alimentos incluidos y excluidos a la dieta o la forma de prepararlos.

Las clasificaciones anteriores pueden aplicarse solas o en grupo según las necesidades del paciente.

En una dieta normal, la proporción de nutrientes se establece en función del aporte energético de cada grupo de alimentos. Así, los carbohidratos deben suponer entre un 55 y un 60 por ciento de la energía total. Las grasas consideradas saturadas, deben cubrir, entre el 15 y el 10 % de las calorías totales de la dieta. Para una población normal, la energía total de una dieta depende de una serie de variables como la edad, sexo, actividad física, lactancia, gestación, etc. Pero manteniendo en todos los rangos el porcentaje aportado por cada tipo de alimentos (Ibáñez, 2001).

La dieta normal es la que puede ser proporcionada a individuos sanos de peso ideal, los cuales deben tener un índice de masa corporal (IMC) <24 ; lo que resulta de la fórmula: kg/m^2 (Vázquez, Salinas, Gómez, Rosso, Jiménez y Agüero, 2003).

LA DIETA Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Las personas con una masa corporal de treinta o más, medida que resulta de dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros, son consideradas obesas, y la obesidad a su vez, está asociada con un mayor riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, cánceres y DM, entre otros problemas de salud, además de tener un impacto negativo sobre el status social del individuo y sobre su autoestima. Para controlar éste problema se considera que los profesionales de la salud deben enfocarse en la prevención trabajando sobre dietas adecuadas y una actividad física que resulte saludable.

De ahí que en general se diga que, para que la gente permanezca saludable, necesita ingerir los alimentos correctos y en las cantidades adecuadas, además de evitar consumir sustancias tóxicas, vivir en un ambiente seguro, hacer ejercicio, manejar adecuadamente su estrés y seguir adecuadamente el tratamiento prescrito por su médico.

Las palabras obesidad y sobrepeso son utilizadas como sinónimos, sin embargo, el Instituto de Medicina de Estados Unidos, menciona que la palabra sobrepeso se refiere a un exceso en el peso del cuerpo que incluye todos los tejidos tales como grasa, huesos y músculos. Y la palabra obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal, por supuesto que algunas veces el sobrepeso y la obesidad se presentan al mismo tiempo pero no en todos los casos. Y las complicaciones de la obesidad ocurren en individuos con una

composición de grasa corporal elevada. Así pues, los factores dietéticos y los patrones de actividad, son considerados como factores de riesgo para ciertas enfermedades ya que el mal control de estos factores causa obesidad y esta, a su vez, trae como consecuencia algunas enfermedades ya mencionadas. Entonces es necesario entre otras cosas mantener una dieta equilibrada para evitar la obesidad y las enfermedades consecuentes a ésta, con lo que se recomienda un consumo limitado de grasas por ejemplo y controlar hábitos como consumir sustancias tóxicas o adictivas como el cigarro, alcohol u otras drogas y comer de manera impulsiva y adictiva; respecto de esto último, por considerarse que el comportamiento adictivo que está basado en una dependencia física subyacente, puede recurrirse al autocontrol mediado por distintas técnicas psicológicas; Pero ello implica la participación activa y responsable del paciente, solo de ésta forma se puede lograr el éxito de una medida preventiva no solo en contra de la obesidad sino de las enfermedades subsecuentes a ésta (Aburto, 1999).

Durante alguna enfermedad se puede recurrir a distintas dietas o bien una dieta puede estar indicada para diferentes padecimientos (Ibáñez, 2001), menciona por ejemplo que las dietas blandas modifican la textura de los alimentos para facilitar su ingestión, por lo que puede ser aplicada éste tipo de dieta en personas cuyas limitaciones físicas como la edad, dentición en mal estado, masticación inadecuada o deglución dificultosa, no permiten alimentos preparados con la textura habitual, sino que deben serles administrados los alimentos en purés, alimentos semisólidos, líquidos o blandos. Por otra parte, la dieta astringente está indicada en situaciones de diarrea aguda y tras algunas intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo, es decir cuando no interesa que haya un tránsito intestinal rápido de los alimentos, este tipo de dieta se administra por corto tiempo, hasta que se normaliza la diarrea o cuando pasa el período postoperatorio, ya que a largo plazo esta dieta produce un estreñimiento crónico por aumento de la presión del colon. También se denomina dieta baja en residuo ya que reduce el consumo de fibra vegetal a 2 o 3 gramos por día, con lo que se lleva a una situación de estreñimiento provocado, se excluyen de ella los alimentos muy grasos, condimentados o con alto contenido de azúcares de incorporación rápida o índice glucémico alto.

Un ejemplo de dieta blanda puede ser el siguiente; tomar en el desayuno café con leche y tostada; para la media mañana papilla de maizena y zumo de frutas; para la

comida tomar puré de verdura, pescado cocido con un papa y compota (dulce de fruta hervida con agua y azúcar); en la merienda tomar té o café con leche y galletas y por último, cenar sopa de tapioca, tortillas a la francesa y manzana asada. También pueden comerse sopa de pasta, puré de papa al horno, huevo escalfado, jamón de york, carne de pollo, natillas, flan, purés de frutas, papillas de cereales, jaleas, puddings, té, helados y bebidas carbónicas (no colas). Las cantidades se deben establecer en función del peso, edad, sexo y actividad física de los comensales.

Un ejemplo de dieta astringente puede ser, tomar en el desayuno un yogur con una cucharada de azúcar y tres o cuatro galletas; en la media mañana tomar una manzana rallada o compota de manzana; para la comida tomar consomé, filete de pollo arroz y pera, para la merienda tomar té con leche y biscocho, dulce de membrillo y; para la cena tomar sopa de tapioca, pescado cocido y crema de plátano. Otros alimentos que puede tomarse son. Sopa de pasta, patata al horno, ternera a la plancha, huevo escalfado o en tortilla, jamón de york, harina de algarroba, zanahoria cocida, natillas, plátano y melón; y las cantidades, como en el caso anterior deben estar función de las características físicas y de actividad del paciente.

LA DIABETES MELLITUS Y LA DIETA.

Las necesidades nutricionales de un paciente diabético son las mismas que las de un paciente no diabético. Por ello es relevante que pacientes con DM1 y DM2, especialmente éstos últimos mantengan un peso adecuado (Maffei, 2003) y, la mejor forma de lograrlo es a través de una dieta adecuada, aunada, por supuesto al ejercicio. Las personas con DM1 y DM2, emplearán diferentes planes alimenticios de acuerdo con la edad que tengan y la etapa de desarrollo biológica, personal y social en donde se encuentren.

Según (Marín, Díaz, Motilla y Martínez, 2000), hasta el descubrimiento de la insulina, la dieta constituía el único tratamiento de la DM y ésta se ha movido entre dos tendencias: la clásica, propuesta por Bouchardat a mediados del siglo XIX que reducía la tasa de carbohidratos al mínimo y la actual, propuesta por Porces y Adlesberg en 1929, que se manifiesta más libre respecto al aporte de carbohidratos.

Hoy se considera que la dieta recomendada para los pacientes diabéticos es la misma que debe llevar un individuo sano; de ésta forma no se podría afirmar que exista una dieta para personas con DM, sino que existe una dieta para la población en general, que deben observar de manera más estricta las personas con DM. La excepción es para los diabéticos obesos, que deben llevar una dieta hipoenergética con el fin de bajar su peso a un ideal razonable, que es aquel peso alcanzable que el paciente puede mantener a corto y a largo plazo.

Sin embargo (Mendoza, Velásquez, Antonieta, Pego, Campero, Lara y Gallegos, 2000), mencionan que los médicos reportan una baja adherencia por parte de los pacientes al tratamiento y que éstos prefieren un control externo, que es el medicamento, a un control interno, la dieta.

El objetivo general de la terapia nutricional para diabéticos según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), es *“ayudar a la persona con diabetes a que realice los cambios necesarios en sus hábitos nutricionales para que junto con el ejercicio y el autoanálisis intente mejorar su control metabólico y evite o reduzca los factores de riesgo (obesidad, hipercolesterolemia), para contribuir a mejorar globalmente su salud.”*

Y los objetivos específicos son los siguientes:

- *“Mantener los niveles de glucemia tan cercanos a los que tienen las personas no diabéticas como sea posible, mediante un equilibrio entre la ingesta de alimentos, la insulina o los hipoglucemiantes orales y la actividad física.*
- *Alcanzar los niveles óptimos de lípidos plasmáticos.*
- *Proporcionar la cantidad adecuada de calorías para mantener un peso razonable en adultos, asegurar un crecimiento y desarrollo normal en niños y adolescentes, incrementar el aporte de nutrientes durante el embarazo y la lactancia y adaptar la dieta a diferentes situaciones de enfermedad. Como peso razonable se entiende el peso que la persona con diabetes, de acuerdo con el equipo médico, consideran como alcanzable y mantenible y pudiendo diferir del llamado peso ideal.*

- *Prevenir y tratar las complicaciones agudas de la diabetes incluyendo la hipoglucemia, las enfermedades intercurrentes, los episodios de cetosis y los problemas relacionados con el ejercicio físico.*
- *Prevenir o retrasar las complicaciones crónicas de la enfermedad.*
- *En conjunto, mejorar la salud global a través de una nutrición óptima.”*

Finalmente es necesario aclarar que se debe educar de manera individual al diabético de acuerdo con su edad, su economía y sus gustos, así como también se debe tomar en cuenta si el paciente tiene DM1 o DM2, ya que la dieta estará en función de la capacidad de secreción de insulina. De ésta forma, se podrá entrenar al paciente y a su familia sobre los conceptos básicos de nutrición.

Factor	Diabetes Mellitus de Tipo 1	Diabetes Mellitus de Tipo 2
Calorías totales	Ingesta calórica aumentada para conseguir el peso ideal o norma calórica para mantenerlo	Ingesta calórica reducida para pacientes obesos
Tratamiento	Además de la dieta la insulino terapia es imprescindible	El tratamiento dietético puede ser suficiente
Distribución calórica	Los CHO repartidos y ajustados a la insulino terapia	La distribución del CHO no es esencial
Tomas de medicamento	Imprescindibles	No imprescindibles

Tabla 5. Estrategias dietéticas para tratar ambos tipos de diabetes.

Las recomendaciones dietéticas generales para los diabéticos pueden clasificarse en 10 componentes dietéticos: calorías, carbohidratos, proteínas, grasas, edulcorantes, fibras, sodio, alcohol, vitaminas y minerales y, finalmente, alimentos y bebidas refrescantes para diabéticos.

Respecto de las calorías, se considera que los pacientes obesos y sedentarios requieren una dieta baja en calorías y se deben sustraer entre 250 y 500 Kcal/día a los requerimientos calculados; de ésta forma los pacientes presentarán una mejoría en el metabolismo de los carbohidratos y se podrán reducir o suprimir los antidiabéticos orales o la insulina, de igual forma se notará una mejoría de las alteraciones lipídicas, una reducción de la tensión arterial y la proteinuria. El ejercicio físico también es importante para considerar los requerimientos necesarios de Kcal/día.

Estado de peso	Actividad importante	Actividad moderada	sedentarismo	Encamado
Bajo peso	40-45	40	35	20-35
Peso ideal	40	35	30	15-20
Sobrepeso	35	30	20-25	15

Tabla 6. Requerimientos calóricos en adultos según actividad y peso (Kcal/Kg/día)

Igualmente se puede considerar lo siguiente: personas obesas y sedentarias 20 Kcal/kg, personas de más de 55 años de edad, mujeres activas y hombres sedentarios 25 Kcal/kg, hombres activos o mujeres muy activas 30 kcal/kg (Islas, 2000).

Y en los niños y las mujeres embarazadas se debe procurar aumentar el consumo requerido para asegurar el sano y normal crecimiento del infante y del producto. El reparto de nutrientes de contenido calórico según la ADA y la EASD en 1994 es el siguiente:

Nutrientes de contenido calórico	EASD	ADA
Carbohidratos	50-60	Variable
Proteínas %	<15	10-20
Grasa total %	25-35	Variable
Grasa saturada %	<10	<10

Tabla 7. Reparto de nutrientes en la dieta.

En cuanto a los carbohidratos actualmente se considera que el paciente debe consumir un 50 a 55 % del consumo total de calorías (VCT). Para obtenerlos se excluyen de la dieta los azúcares solubles o de absorción rápida como lo es el azúcar común, ya que influyen bruscamente sobre la glucemia, solo pueden ser consumidos en cantidades moderadas según control metabólico y de peso y, sobre todo, si se toman junto con otros alimentos en una comida mixta o completa. Los alimentos con índice glucémico más bajo son las legumbres, frutas y verduras y los de índice más alto son el arroz, el pan blanco, la papa, las pastas y los cereales. De igual forma, el índice glucémico varía en cada alimento según la forma como sea preparado y depende del grado de control metabólico y de individuo a individuo. El consumo total de los carbohidratos requeridos debe distribuirse a lo largo del día y coordinar la entrada de éstos con la actividad física y la insulina o los hipoglucemiantes orales.

Los hidratos de carbono se administran regularmente en forma de polisacáridos (cereales, verdura, legumbres y pan) mientras que deben limitarse especialmente la ingesta de monosacáridos y disacáridos (frutas, dulces, mermeladas, etc.) que por ser carbohidratos más simples, se absorben con rapidez dando lugar a hiperglucemias intensas. La energía se debe proporcionar según edad, talla, sexo, etc.

Así, la distribución probable sería la siguiente:

Distribución	Porcentaje
Desayuno.	15%
Media mañana.	10%
Comida	30%
Merienda	10%
Cena	25%
Al acostarse	10%

Tabla 8. Distribución de VCT de los carbohidratos.

Por su parte, las proteínas aseguran el crecimiento y desarrollo normal en el ser humano, para procurarse una cantidad adecuada de proteínas se considera que se deben consumir entre el 10 y el 20 % del contenido calórico de la dieta. El instituto nacional de ciencias médicas y de nutrición, determino, basándose en la gran variedad dietética que predomina en el país y en el estudio realizado en 1985 por el comité de la Food and Agricultural Organization/ World Health Organization/ United Nations University (FAO/WHO/UNU), que el requerimiento proteico en adultos es de 1.35g de proteína por kg de peso; luego, al realizar ajustes de acuerdo con las recomendaciones mundiales se obtiene una cifra real que es de 75g de proteína total para los adultos. El mínimo recomendable para los adultos es de .8 g/kg. Y, al igual que con las calorías y los carbohidratos, el consumo debe aumentar en niños y mujeres gestantes y lactantes. Las proteínas más recomendables son las de origen vegetal, pero también pueden y deben consumirse las de origen animal, aunque en menor medida pues éstas son ricas en grasas saturadas y el exceso de éstas no es conveniente, se debe disminuir la ingesta de proteínas cuando comienza la nefropatía.

(Lara, 2001), menciona que las proteínas pueden administrarse en forma de carne o pescado, evitando el exceso de huevo y leche por su contenido en grasas. Las proteínas deben consumirse preferentemente en forma de poliinsaturados (Aceite de oliva y grasas

vegetales). Las grasas deben estar en una proporción no inferior a un 25 %, ni superior a un 50 % de la dieta (Moncada1984, citado en Lara, 2001).

El aporte proteico debe ser parecido al de la alimentación normal, manteniendo un equilibrio entre proteínas animales y vegetales. El aporte de grasas es el mismo recomendado para la población general, que es no superior al 30-35% de las calorías totales de la dieta (Moncada, 1984, citado en Lara, 2001).

Las sales minerales son elementos inorgánicos y calóricos, que se encuentran en algunos alimentos y son imprescindibles por su función reguladora y plástica. Existen 15 elementos químicos en el cuerpo humano en forma de sales minerales, ya sea de forma sólida por ejemplo, los que constituyen el esqueleto o en forma de iones en los líquidos biológicos, por ejemplo, el líquido extracelular o el plasma. Una alimentación completa y variada incluye casi todos los minerales en formas suficientes. (Figuerola, 1990 citado en Lara, 2001). Pero, se necesita comer menos sal ya que esto ayuda a controlar la presión arterial alta y evita problemas en los riñones.

ALIMENTOS QUE PUEDEN CONSUMIR LOS PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS.

Las bebidas permitidas son: agua mineral, café, té, vino puro natural, champagne seco, cerveza de dieta o régimen, cognac y whisky depurados, de los cuales cuanto más secos mejor. Pero de preferencia éstos no deben ser consumidos.

Ensaladas, de preferencia diariamente, de lechuga y o pepinos, con vinagre y otras verduras frescas, calabazas, pomelos, Hongos o setas, espárragos, tomates, judías verdes, berros, pueros, col, espinacas y acelgas.

Se deben consumir alimentos ricos en fibra como: Frutas, verduras, cereales y/o granos como habas, avena, maíz, lenteja, trigo, cebada, garbanzos, frijoles y centeno (Lara, 2001).

Se pueden comer en cualquier cantidad las. Acelgas, alcachofas, flor de calabaza, jitomate, col, coliflor, apio, berenjena, berros, camote, calabazas, cilantro, chiles, chilacayote, chícharo, elote tierno, espárragos, espinacas, lechuga, nopales, nabo, pepino, perejil y rábanos.

Los cereales más recomendados son: Hojuelas de avena, cereal allbran, granola sin coco rayado, cebada, salvado, trigo, puede consumirse arroz, pero en poca cantidad. Y todos de preferencia deben ser integrales.

Los alimentos que pueden comerse, pero no más de media taza al día son:

Papa blanca, zanahoria, aguacate, habas, betabel y cebolla de cambray.

En lo que respecta a los alimentos de origen animal deben comerse preferentemente quesos frescos y carnes blancas y magras como la carne de pollo, ternera y res; También se permiten el jamón serrano y el jamón york magros, pueden consumirse en cantidades moderadas, huevos de gallina y ganso.

Respecto de los pescados y mariscos, se pueden consumir: pescados magros como la merluza, la pescadilla, el gallo, el lenguado, la dorada, la trucha, o el mero.

En cuanto a la leche y sus derivados deben consumirse preferentemente los descremados como la leche descremada, los quesos frescos y magros y el yogurt y requesones, la leche puede ser de vaca, cabra, o de cualquier otro tipo.

En cuanto a las grasas consumibles, preferentemente se deben consumir: grasas vegetales como el aceite de oliva, de maíz, girasol y margarinas vegetales.

ALIMENTOS QUE NO DEBEN CONSUMIRLOS PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS.

Azúcar, pasteles, golosinas, galletas y panes de dulce; comidas dulces, miel, jaleas, mermeladas, patatas, harina, sémola, vino dulce y licores, así como las bebidas refrescantes endulzadas.

Deben evitarse además la remolacha, plátanos y uvas, así como las pasas, ciruelas pasa, orejones e higos secos.

Los alimentos que deben evitarse son: papas fritas, semillas, refrescos embotellados, cacahuates, botanas, frutas secas, nueces, frituras (Lara 2001).

Por otra parte deben evitarse las carnes rojas, las yemas del huevo, los embutidos, las vísceras, los quesos demasiado grasos, la manteca y la leche entera. Además deben evitarse los pescados grasos ahumados.

La leche condensada, los quesos grasos y extragrasos, de pasta dura y fermentados deben evitarse así como la nata de cualquier tipo de leche.

Deben evitarse además, la manteca de cerdo, sebo, y en general todas las grasas animales.

DIFERENTES FORMAS DE EQUILIBRAR UNA DIETA.

Las metas del manejo nutricional en personas con DM son: obtener las suficientes calorías para mantener un peso corporal razonable, de las cuales el 55 o 60 % de ellas pueden ser carbohidratos; de éstos, se deben elegir primero los no refinados con fibra y a los alimentos con bajo índice glucémico. Las cantidades de azúcares y sacarosa deben ser moderadas, siempre y cuando se tenga un buen control metabólico y un aceptable peso corporal. Las proteínas deben consumirse en una cantidad que va del 12 al 20% del total de calorías requeridas. Las grasas deben ser en total menos del 30% del total de calorías, de ellas, 6 a 8% deben ser poliinsaturadas, 10% monoinsaturadas y se deben consumir menos de 300 mg/día de colesterol. En cuanto al consumo de fibra se permiten de 30 a 40 g/día o 25 g/1000 kcal para ingestas bajas en calorías. Los edulcorantes alternativos como la fructosa, el sorbitol, aspartame, sacarina y el acesulfame están permitidos. De sodio, se deben consumir menos de 3000 mg/día. De alcohol, se permiten una o dos raciones por semana, lo cual equivale a 1.5 oz de licor, 5 oz de vino o 12 oz de cerveza. Y por último, se recomienda tomar vitaminas C y E principalmente así como el consumo habitual de frutas para evitar la oxidación que favorece el desarrollo de complicaciones. Lo anterior además debe estar basado en las necesidades calóricas (ver tablas 5-8).

Así, un régimen estándar podría llevar: 250 gr. de hidratos de carbono, 60 gr. de grasa y 80 gr. de proteínas. Lo que puede ser por ejemplo: 200 gr. De pan blanco o integral; 200 gr. De papa cocida, para los carbohidratos, para las proteínas pueden ser: 100 gramos de carne o 200 gr. De pescado, 30 gr. De queso y un huevo y; finalmente, para las grasas, 60 gr. De mantequilla o de grasa de origen vegetal.

Pero éste régimen varía de acuerdo al tratamiento y necesidades del paciente y de acuerdo con la hora del día en que se consumen los alimentos; el régimen debe ser diseñado por un dietista o nutriólogo, el cual, para elaborar el régimen de alimentación

individual debe tomar en cuenta además, los gustos, costumbres, economía y actividades de la persona. Por último, el plan alimenticio debe evaluarse constantemente para determinar si se están cumpliendo los objetivos del mismo (Islas, 2000).

Las siguientes tablas se proporcionan como ayuda para elegir adecuadamente los tipos de alimentos y las cantidades en que estos deben consumirse al día para obtener las cantidades adecuadas de energía o Kilocalorías, grasas, proteínas y carbohidratos que una persona diabética necesita según las particularidades de su constitución física y actividad (Nazor, 1997; En Kilo, 1997).

Los grupos de alimentos que se manejan son leche, verduras, frutas, cereales y tubérculos, productos de origen animal, leguminosas, grasas y azúcares, de los cuales en cuanto a la leche una ración equivale a una taza, una ración de verduras del grupo A equivale a una taza y una ración de verduras de grupo b equivale a ½ taza. Una ración de frutas puede ser de 1/3 de taza a una taza dependiendo si la fruta es muy dulce o si, en el segundo caso, es menos dulce y contiene más fibra y agua. En cuanto a los cereales y tubérculos, una ración equivale a ½ taza de pasta, arroz u otro cereal cosido, a una tortilla, a una rebanada de pan o a un bolillo sin migajón. De los productos de origen animal, una ración equivale a 30 g de carne o queso o a un huevo. Una ración de leguminosas equivale a ½ taza. Las grasas se deben consumir lo menos posible, por lo que una ración equivale a una cucharada de aceite o mayonesa o a 30 g de aguacate. Y por último, una ración de azúcares equivale a 2 cucharaditas de azúcar o a una cucharada de miel.

Grupo.	Energía. (Kcal).	Proteínas. (g).	Lípidos. (g).	Carbohidratos. (g).
Cereales y tubérculos.	70	2	0	15
Lípidos.	45	0	5	0
Leguminosas.	105	6	1	18
Verdura.	25	2	0	5
Fruta.	40	0	0	10
Prod. De origen animal.	75	7	5	0
Leche.	145	9	8	9
azúcares	40	0	0	10

Tabla 9. Cantidad de energía, proteínas, lípidos y carbohidratos contiene una ración de cada grupo de alimentos.

	Cereales y tubérculos.	Grasas.	Leguminosas.	Verdura.	Fruta.	Prod. De origen animal.	Leche.
Energía. (Kcal).							
1000	5	3	1	1	3	2	1
1500	8	4	2	2	3	2	1
2000	12	6	2	2	3	3	1
2100	12	9	3	2	3	3	1
2500	15	10	3	3	4	4	1
3000	16	10	4	4	6	5	2

Tabla 10. Distribución de los grupos alimenticios por día para obtener diferentes cantidades de Kcal.

Así por ejemplo, una mujer sedentaria con un peso de aproximadamente 52 kilos debe consumir alrededor de 1560 Kcal al día, por lo que puede elegir la distribución correspondiente entre los 1500 y 2000 kcal que se muestra en la tabla.

Por otra parte, una ración de leche equivale a una taza o a 250 ml. De leche entera, leche evaporada, leche descremada o yogurt.

La ración de leguminosas equivale a media taza de chícharos secos, frijoles, garbanzos, habas y lentejas.

Las verduras del grupo A, que además son de consumo libre y cuya ración equivale a una taza son: apio, acelgas, berenjenas, flor de calabaza, jitomate, lechuga, pepino, pimiento, rábano, nopales, tomate verde, hongos, espinacas, berros, calabacitas, brócoli, ejotes, chayotes, cilantro, chile y col.

Las verduras del grupo B, cuyo consumo es limitado y donde una ración equivale a ½ taza son: betabel, calabaza amarilla, cebolla, poro, chícharos, coles de Bruselas, chile poblano, jícama, nabo, zanahorias, espárragos y quelites.

Frutas.	Taza.	Pieza.
Fresa.	¾	
Guayaba.		2
Granada.		2
Pera.		½
Tuna.		1
Capulines.		12
chabacano		3
Chicozapote.		1
Ciruela.		8
Durazno.		1

Higo.		1
Lima.		2
Mandarina.		1
Mango.		½
Manzana.		1
Naranja.		1
Papaya.	¾	
Piña.	½	
Zapote negro.	1/3	
Ciruela seca.		2
Dátil.		2
Melón.	1	
Nectarina.		½
Pasas.	2 cucharadas.	
Plátano.		½
Sandía.	1	
Toronja.		½
Uvas.		12
JUGOS.		
Naranja.	½	
Toronja.	½	
Uva.	¼	
Piña.	1/3	
Manzana.	1/3	
Ciruela.	¼	

Tabla 11. Cantidad correspondiente a una ración de frutas:

CEREALES	TAZA	PIEZA.
Arroz, cereal y pasta cosidos.	½	
Cereal seco.	¾	
Palomitas de maíz	3	
GALLETAS.		
Animalitos.		6
Marías.		5
Saladas.		3
Habaneras.		4
PAN.		
Bolillo sin migajón.		½
Pan de caja.		1
Tortilla.		1
Pan Molido.		3 cucharadas.
Elote.	½	
Bollo hamburguesa.		½
Media noche.		½

TUBERCULOS.		
Papa mediana.		1
Camote.	¼	

Tabla 12. Equivalencias de una ración de cereales y tubérculos.

Grupo 1. Bajo contenido en grasa.	Grupo 2. Contenido medio de grasa.	Grupo 3. alto contenido de grasa.
Cortes magros de res, cordero y ternera; carne sin piel de pollo, pavo, conejo y codorniz; ostiones, pescados, almejas, camarones y jaiba. 30 g.	Carne de cerdo 30 g.	Embutidos. 30 g.
Atún en agua ¼ pieza.	Vísceras de res y cerdo. 30 g.	Chicharrón seco. 30 g.
Clara de huevo. 2 piezas.	Quesos Oaxaca y añejo. 30 g.	Salchicha mediana. 1 pieza.
Sardina drenada. 2 piezas.	Huevo. 1 pieza.	Huevo. 2 yemas.
Queso cottage. 2 cucharadas.		Quesos: roquefort, brie, camembert, suizo, amarillo, chihuahua, cheddar y manchego. 30 g.
Queso parmesano. 2 ½ cucharadas.		
Queso de cabra, fresco o panela. 30 g.		

Tabla 13. Cantidades que equivalen a una ración de productos de origen animal.

1 CUCHARADA SOPERA	UNA CUCHARADITA.	PIEZAS.
Aderezos.	Aceites vegetales.	Aceitunas negras 5 grandes.
Queso crema.	Crema de cacahuete.	Aceitunas verdes 10.
Paté.	Manteca vegetal.	Aguacate 1/5 pieza o 30 g.
Coco.	Manteca de cerdo.	Almendras 10.
Ajonjolí.	Mantequilla.	Avellanas 7.
Semillas de girasol.	Margarina.	Cacahuete 5.
Pepitas.	Mayonesa.	Nueces 2.
		Pistaches 10.
		Piñones 2 cucharaditas.
		Tocino 1 rebanada delgada.

Tabla 14. Equivalentes a una ración de grasa.

Los alimentos libres, es decir los que pueden comerse sin medidas especiales son: consomés sin grasa, caldo de fríjol sin grasa, refrescos sin azúcar, polvo de cocoa, té, aspartame, sacarina, condimentos, jugo de limón o lima, hierbas de olor y gelatinas sin azúcar.

ALIMENTO.	CANTIDAD DE.	FIBRA (g).
Pan blanco.	1 rebanada.	-
Pan integral.	1 rebanada.	0.4
Tortilla de maíz.	1 pieza.	0.3

Bran flakes.	1 taza.	6.5
Corn flakes.	1 taza.	0.3
Avena integral.	1 taza.	2.1
Palomitas de maíz.	1 taza.	0.3
Manzana.	1 pieza mediana.	1.06
Guayaba.	1 pieza grande.	5.04
Papaya.	500 gr.	2.35
Pera.	1 pieza grande.	2.32.
Cacahuates.	1 taza.	3.89
Almendras.	1 taza.	3.84
Espárragos.	1 taza.	1.1
Pepino.	1 taza.	0.62
Zanahoria.	1 taza.	1.0
Elote.	1 taza.	1.0
Ejotes.	1 taza.	1.2
Garbanzos secos.	1 taza.	10.0
Frijoles cocidos.	1 taza.	3.5
Chícharo verde.	1 taza.	3.2
Chiles picantes.	½ taza.	1.5
Papa con cáscara.	1 pieza grande.	1.2

Tabla 15. Contenido de fibra de diversos alimentos.

Se recomienda disminuir los hidratos de carbono de absorción rápida y la utilización de los hidratos de carbono complejos; igualmente se recomienda una dieta rica en fibra. La dieta es por lo regular igual que una dieta normal, pero la distribución de los alimentos es lo que varía, así pues se recomienda dividir el total de kilocalorías diarios en 5 o 6 partes, para consumir, al día. El alcohol se debe evitar o restringir, ya que puede producir hiperglucemia o hipoglucemia, al igual que la cafeína. Pero si el paciente presenta sobrepeso, se recomienda una dieta hipoenergética (ISSEMYM, 2004).

LA DIETA Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES.

El hombre, a lo largo de los años, ha convertido una necesidad orgánica como el comer en una necesidad social. (Sánchez, 2001). Es evidente que la relación del hombre con su alimentación ha cambiado desde la época en que alimentarse representaba un problema, hasta la época actual, caracterizada por la diversidad de platillos que traen consigo las diferentes formas de alimentarse. Antiguamente la alimentación dependía de las posibilidades de conseguir alimentos, de ahí que la alimentación para los pueblos

prehistóricos se ha dividido en: Economía del recolector, del cazador, del agricultor, del ganadero y del metalúrgico (Corominas y de Gandarias, 1979; citado en Sánchez, 2001).

Actualmente, la alimentación sigue dependiendo de la posibilidad de conseguir alimento, pero ésta posibilidad ya no está en función propiamente dicha de la actividad a que se dedique el ser humano, sino en función de los factores socioeconómicos que ésta actividad trae consigo, así por ejemplo, dos personas pueden dedicarse a la ganadería, pero una de ellas lo hace para consumo propio y el otro como medio de adquirir plusvalía. El consumista de su propio producto no tendrá garantizada la obtención de carne todo el año porque eso dependerá del número de animales que tenga, de si sobreviven todos ellos y si debe o no guardarlos para seguir produciendo animales, el empresario, si obtiene buenos ingresos económicos de su producción, podrá comprar la carne todos los días aunque no sean animales de su propiedad. Pero entonces encontramos otro factor importante, el cultural, (Sánchez, 2001) menciona que *“los medios de comunicación actualmente son los encargados de popularizar y defender un modelo alimentario que se considera el adecuado o ideal en el contexto en el que vive el individuo”*. Por ejemplo, en México, la cultura popular dentro de algunos grupos religiosos, dicta que en la época del año denominada semana santa, la gente debe comer solo pescado, o carnes blancas ya que comer carnes rojas se considera pecado. El resto de la población, es decir los que no pertenecen a esos grupos religiosos, no tendrán problemas para consumir cualquier tipo de carne en ésta época del año. Otro ejemplo sería consumir hamburguesas, papas y refresco como comida completa, debido a la comercialización de cadenas de restaurantes que se dicen vendedores de comida rápida y nutritiva, así, la dieta de muchas personas con acceso a éstos centros incluyen los alimentos antes mencionados, no solo porque tienen los medios económicos, sino también porque siguen la cultura popular infundida a través de los medios de comunicación.

Además según (Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce, 1990 en Sánchez, 2001), mencionan que el comer es un acto social, ya que desde las primeras etapas de desarrollo individual se producen las vinculaciones entre la comida y el afecto, por ejemplo el acto de amamantar, no es solo un acto por parte de la madre de alimentar al niño, sino también de demostrarle su afecto y protección.

(Corona, 1998), menciona que las prácticas ascéticas religiosas relacionadas con las negaciones corporales, fueron trasladadas, desde la antigüedad a la vida cotidiana de la familia, la escuela, la comunidad y la fábrica. Creando con ello el principio de la economía social, para cubrir las necesidades de conciliar la pobreza del obrero. Lo mismo se aplicó para los ricos, pero, cuando estas mismas prácticas se utilizaron para refinar sus modales, hicieron de su cuerpo una fuente más de placer. Así sobrevino la ausencia de la economía del cuerpo, entonces se buscó la manera de retomar el control sobre el otro, tratando de volver al modo de vida ascético de los monasterios, se comenzó por vigilar cada acción de los otros, desde los tiempos, hasta los actos sexuales, surgiendo los conceptos de bueno y malo, correspondientes a las acciones de los otros; éstas acciones culminaron con lo que (Corona, Op. Cit.), llama, la tecnología disciplinaria. Ésta tecnología se ha aplicado también a los regímenes alimenticios, sobretodo cuando por la expansión capitalista los alimentos comenzaron a ser de carácter más terrenal que ascético, con ello se comenzó a vigilar más el cuerpo del obrero que el del patrón. Pero las dietas no son solo una parte de la vida religiosa de la sociedad, también forman parte de los regímenes médicos desde la antigüedad.

El término dieta proviene del griego “daita” que significa modo de vida o regulación de la vida, aunque su significado médico más específico es comer de acuerdo con reglas prescritas; también tiene una raíz francesa “dies”, que significa asamblea política, la cual se llevaba a cabo periódicamente; de acuerdo con esto, la dieta puede entenderse como una regulación del cuerpo individual y así, la palabra dieta y la palabra régimen aluden aun sistema terapéutico relacionado con el gobierno del cuerpo y de los ciudadanos, con lo que se alude a las metáforas acerca de que la salud y la enfermedad constituyen la organización social (Sontang, 1978; citado en Corona, 1998) por otra parte el término ascético, proviene de las palabras griegas: asketes (monje) y askeo (ejercicio), la palabra era utilizada para referirse a una práctica regulada o a un régimen del cuerpo, actividad utilizada por los religiosos de la época oscura para controlar los deseos y tentaciones de la carne a través del ayuno; la dieta, principalmente entre los ricos, era la principal garantía de salud, estabilidad mental y de razón; debido a que con ella se preservaban de los males ocasionados por sus hábitos alimenticios y su consumo excesivo de alcohol; Además, en el caso de las mujeres, se podía controlar no solo el cuerpo, sino a la familia

de la cual éstas formaban parte, ya que a través de la dieta, ejercicios y la práctica religiosa se evitaba la melancolía de la que padecían en la edad media. Con la introducción al mercado de alimentos exóticos se incito el apetito, las sensaciones y las pasiones, con lo que se hizo necesario recurrir a la dieta ascética, para controlar y purificar al cuerpo, no solo humano, sino social (G. Cheyne, citado en corona, 1998). Estas dietas fueron transmitidas posteriormente al proletariado con argumentos que pasaron de lo religioso a lo médico como una forma de mantener sanos a los trabajadores y con ello mantener la producción industrial, y se paso de la lógica de controlar el cuerpo y las pasiones a la lógica de controlar calorías y proteínas para mantenerse saludable y productivo. Con el tiempo, las dietas se han individualizado según la edad y actividad a la cual se dediquen las personas, pero lo que comemos y la forma como lo hacemos no solo es producto del estricto control dietético medico, sino también de las costumbres culturales, basadas en creencias, prácticas, normas y prescripciones, algunas de ellas dictadas en torno a lo que se llama, la etiqueta, donde se paso de pequeñas normas en la época feudal como no sonarse con el mantel, escupir y vomitar en las escupideras y los vomitorios, a la época moderna donde escupir y vomitar ya no se toleran en la mesa y se deben comer los diferentes platillos en la vajilla y los cubiertos adecuados a cada uno, ya que el comer no es un acto individual sino comunal, pero según (Corona, 1998), ese refinamiento en la mesa no es sino una forma de controlar emociones y sentimientos.

En la actualidad los motivos ascéticos en la dieta y los modales en la mesa son minimizados, en realidad las dietas y los modales a la mesa se justifican ahora en el sentido de conservarse saludable lo cual significa una buena calidad de vida y la obtención de una estética corporal aceptable, con esto, el individuo se abre paso dentro de la sociedad, es decir, si la estética es agradable a la comunidad, el individuo será aceptado en ella; pero, de no cumplir con la dieta adecuada y los modales adecuados, es decir, de no consumir lo que se acostumbra dentro de determinado grupo social y de no comerlo de la misma forma que el grupo, el individuo no podrá ser aceptado en él, con lo que se encontrará aislado.

Para la mayoría de las personas, el comer en solitario suele ser una experiencia incómoda, revestida de un sentimiento de tristeza que acompaña la sensación de

privación social, de la misma forma, el comer acompañado, en algunas situaciones, implica un valor sentimental agradable sobre todo cuando ésta comida es producto del compartir algún acontecimiento social con los seres queridos. En gran parte de las celebraciones sociales dentro de la cultura mexicana, se dan comidas compartidas, banquetes de bodas, aniversarios, celebraciones laborales, etc. Otras veces la comida implica la obtención o no de un mejor nivel socioeconómico, esto último en razón de la costumbre de hacer comidas de negocios, en donde una relación laboral queda sellada o se discute durante las horas de la comida. Así, las comidas se convierten en premio o castigo, aprobación o desaprobación social.

Los motivos de la alimentación son tan variados como individuos existen e incluso, cada individuo a lo largo del día puede tener diversos motivos para consumir alimentos. (Álvarez, Mancilla, Martínez, y López, 1998; citados en Sánchez, 2001), mencionan que esta variabilidad se observa en el número de comidas que la persona hace al año, sus horarios, los alimentos más frecuentes en su dieta, o los evitados y erradicados.

(Baas, Wakefield y Kolasa, 1979) mencionan una serie de usos y significados de los alimentos que en ocasiones se superponen a cada acto de comer, estos usos y significados pueden aparecer por separado o en conjunto durante un mismo tiempo de comida.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunes.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.

14. Prevenir diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales y,
20. Significar riqueza.

En la lista anterior se puede notar que en la gran mayoría de casos, la alimentación asume un carácter de tipo psicológico y social, dejando clara la relevancia de estos aspectos dentro de la alimentación. Esto permite asegurar que, cuando no se cumplen los objetivos por los cuales se está o no consumiendo cierto tipo de alimentos se provocará algún tipo de malestar psicológico al consumidor, sin mencionar el malestar físico al que él mismo se somete debido al tipo de alimentos que consume, la calidad y cantidad de los mismos y a si debe o no consumirlos según su constitución física y el estado del proceso salud-enfermedad en que se encuentre.

Ésta última aseveración es congruente con lo que (Ortiz, 1998) menciona acerca de que *“las creencias sobre la salud, constituyen un conjunto de actitudes y valores sobre la misma que se traducen en formas de comportamiento saludables o nocivas”*, éstas creencias y comportamientos son aprendidos socialmente y reflejan la pertenencia de un individuo a su grupo social o cultural, si las propuestas de transformación de estas creencias chocan con los patrones de comportamiento considerados como saludables o deseables por un grupo social, tendrán pocas posibilidades de éxito; tal sería el caso de las propuestas médicas por modificar la dieta de los individuos que padecen diabetes. De esta manera se sobreentiende la necesidad de analizar cual es la cultura y los comportamientos aceptables dentro de la sociedad en cuanto a los hábitos alimenticios, analizar los significados de los mismos y los vínculos afectivos para elaborar una propuesta coherente en cuanto a la alimentación del paciente diabético, que, si bien debe ser modificada, no debe serlo en una forma disruptiva totalmente con su comunidad pues con ello sólo se caería en que ésta no tendría éxito y la calidad de vida del paciente no mejoraría, con lo que, a nivel socio-económico sobrevendrían y se mantendrían los grandes gastos actuales. Aunado a esto, si el individuo no se siente cómodo al momento

de consumir sus alimentos, se puede generar en él un nivel de estrés que terminaría en un déficit fisiológico en cuanto a la capacidad de controlar la glucemia (Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo). Lo cual, es un aliciente más para buscar la manera adecuada de procurarle al paciente diabético las dietas necesarias según sus particularidades individuales, sociales y culturales, más aún, según sus particularidades subjetivas, ya que a nivel individual y tomando en cuenta que la subjetividad es un proceso en constante transformación; al vincularse el individuo con la subjetividad colectiva, no será lo mismo la forma como se coloca frente a la dieta en un estado de “salud”, que en un estado de padecimiento. Con lo que, no basta conocer como el individuo se posicionaba ante la dieta en el proceso de nutrición de manera habitual, sino que ahora, se hace necesario comprender, más que conocer, cómo es que se posiciona ante la dieta desde un estado de enfermedad y más aún que hablar de enfermedad hablar de cómo se posiciona el individuo desde un estado de padecimiento.

CAPITULO 6.

METODOLOGIA.

Existen, en psicología, diversos modelos de investigación, en los cuales se trabaja generalmente con dos tipos de metodologías: cuantitativas y cualitativas. En las primeras se da prioridad a los resultados en términos estadísticos y a un delicado control de las variables a tratar, se utilizan herramientas como las matemáticas y la estadística para llegar a un resultado cuantificable que represente en números las investigaciones hechas en laboratorio, susceptibles de ser reproducidas en otros laboratorios. En la metodología cualitativa se da mayor importancia a las características y cualidades de los eventos observados, se realizan principalmente trabajos de campo y se trata de descubrir, la realidad de un evento, explicando las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados (UNAM; FESI, 2003). En éste tipo de investigación, no se pretende la reproducción de los fenómenos estudiados en diferentes contextos debido a las diferencias existentes a nivel social, cultural y subjetivo entre diversas comunidades e incluso entre sus miembros. Lo que se pretende en éste tipo de investigación, es comprender los fenómenos observados desde su nivel estructural.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

La investigación cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos primordialmente descriptivos que son los reportes verbales o escritos de la población investigada y su conducta observable (Taylor y Bogdan, 1996), por otra parte, con éste modo de investigación es posible conocer a la población dentro de un contexto determinado que generalmente es el contexto natural donde se desenvuelven los individuos, haciendo, por supuesto una selección del proceso que se desea analizar e interactuando con la realidad de ese proceso (Amuchastégui, 1998). Este método podría juzgarse como no válido y confiable debido a que generalmente se trabaja con grupos pequeños de una determinada población, pero, debido a que los datos son de tipo descriptivo y a que lo que se analiza en ellos además del lenguaje verbal es el no verbal,

no es relevante la cantidad sino la “*composición adecuada de los grupos*”, así un mayor número de individuos no supone mayor número de información pues se cae en redundancias sobre “*las claves de los discursos ya obtenidos*” (Delgado y Gutiérrez, 1995).

Dentro de la metodología cualitativa, existen, cuatro formas generales de abordar el fenómeno de investigación, que son: el método hermenéutico, fenomenológico, naturalista y etnográfico. El método que resulta de interés para éste estudio, es el fenomenológico ya que con él, se busca captar las experiencias del individuo sin que éstas sean susceptibles de ser interpretadas por el investigador, aunque sí se busca encontrar la estructura común a los casos parecidos que éste estudia. Este método consta de tres etapas que son la descriptiva, estructural y de discusión de resultados. En la primera se trabaja desde la recolección de datos hasta la elaboración de la descripción de los mismos tal como éstos ocurrieron, la segunda parte consiste en la revisión de los datos y la formación de unidades temáticas naturales y descriptivas que ayuden a encontrar las estructuras comunes y por último, en base al marco teórico se relacionan los resultados con otras investigaciones, se complementan las de éstas o se refutan. Siempre y cuando los contextos puedan ser comparables.

“*Lo que en realidad importa es lo que las personas perciben como importante*” (Jack Douglas, 1970). Ya que se trata de entender los fenómenos desde la perspectiva del autor. Para lograrlo, hace falta que el investigador posea las siguientes cualidades:

1. Son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
2. Tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
3. Suspenden o apartan sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones..
4. Para él todas las perspectivas son valiosas.
5. Dan énfasis a la validez de su investigación.
6. Todos los escenarios y personas son dignos de estudio (Taylor y Bogdan, 1996).

ENTREVISTA.

El término entrevista se refiere a la conferencia entre personas para tratar un asunto o a una serie de preguntas que hace a una persona un periodista o un investigador. Existen diversos tipos de entrevista, desde la forma común que es la individual, o la que se realiza por grupo, pueden llevarse a cabo de forma directa o por medio de algún sistema de comunicación, pueden ser estructuradas y controladas, semiestructuradas o libres, pueden durar unos pocos minutos o dividirse en sesiones de varias horas e incluso pueden durar días.

Algunos ejemplos claros de tipos de entrevista son los siguientes:

- Las sostenidas con un solo individuo o con un grupo.
- Las biográficas que pueden cumplir un amplio espectro de temas o ser monotemáticas.
- Las entrevistas dirigidas o estructuradas donde la dirección de la conversación la lleva el investigador o;
- No estructuradas donde el entrevistador lleva acabo un esquema general y flexible en cuanto al orden, contenido y formulación de las preguntas.

Independientemente del tipo de entrevista que se aplique en una investigación, se entiende que el entrevistado, es un actor social que construye sentidos y significados de la realidad ambiental o contextual en que se encuentra. Por lo que es capas de entender, interpretar, y manejar la realidad a través de un marco de creencias y valores desarrollados por él para categorizar explicar y predecir los sucesos contextuales desarrollados dentro de un contexto social en conjunto con otros individuos (Ruiz, 1996).

La entrevista es entonces:

- Una táctica de la estrategia metodológica que se crea de manera consecuente dentro de la formulación general de conocimiento y comprensión de los fenómenos.
- Es una técnica de recolección de información exterior a la relación entrevistador-informante, realizada en un ámbito espacio-temporal en el que los datos son

construidos en una relación dialógica y cuyo proceso de interacción es fuente constitutiva de conocimiento.

- Es un espacio donde se expresa la dinámica generada en la relación sujeto-objeto de conocimiento y los efectos sobre el propio proceso de investigación (Rivas, 1996).

Así, la entrevista es considerada un dispositivo de análisis y creación de conocimiento.

LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD.

La entrevista a profundidad, es la descripción de la forma en que un dispositivo de indagación, conocimiento y análisis, se concreta dentro de una estrategia general de investigación; El objetivo de la entrevista a profundidad, es propiciar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recuperen la particularidad sobre el tema en cuestión. Una entrevista de corte semiestructurado, podría ofrecer datos a profundidad mientras posibilitara la integración de procesos en torno a la temática y permitiera destacar relaciones existentes entre los enunciados, configurar escenarios que consideraran las descripciones dentro de su contexto, e incorporar experiencias de los sujetos al rebasar el hecho empírico dotándolo de cualidades y apreciaciones específicas (Rivas, 1996). Por su parte (Ruiz, 1996), define la entrevista a profundidad como *“una técnica para obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales”*. El objetivo de la entrevista a profundidad, es proporcionar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recuperen la particularidad del tema en cuestión. Existen diversas formas de entender y aplicar la entrevista a profundidad, desde los modelos abiertos, hasta aquellos que, sin ser cuestionarios cerrados, están ciertamente definidos y controlados por el investigador. La ineficacia o eficacia de una entrevista a profundidad, se basa en la consecuencia y en la congruencia que se mantenga con el diseño y la estrategia metodológica.

Las entrevistas deben identificarse como dispositivos de intervención porque al mismo tiempo que complementan y constituyen parte de la estrategia metodológica

general de una investigación, crean efectos en el campo investigativo susceptibles y necesarios de ser analizados. Como dispositivo, se entiende un lugar creador de efectos específicos que responden al problema de estudio y a la implicación del investigador. Así, más allá de la información que el individuo proporciona durante el estudio, se debe analizar y tomar en cuenta el impacto entre sujeto-objeto, que se produce en la interacción. (Rivas, 1996).

ENTREVISTA CON PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS.

Una entrevista de corte semiestructurado, podría ofrecer datos a profundidad mientras posibilite la integración de proceso en torno a la temática y permita destacar relaciones existentes entre los enunciados, configurar escenarios que consideren las descripciones dentro de su contexto e incorporar experiencias de los sujetos, rebasar el hecho empírico dotándolo de cualidades y apreciaciones específicas, apoyar una relación dialógica entre el entrevistador y el entrevistado y reconocer la implicación de éste último.

En las entrevistas a profundidad, el diálogo no se refiere a la inclusión de una conversación de tipo informal entre el investigador y su informante; tampoco es una charla igualitaria entre amigos. Sino que se intenta que el investigador mantenga un diálogo interior en el cual el informante sea internalizado como un interlocutor activo. Así, el entrevistador debe disponerse psicológica, cognitiva y afectivamente para escuchar la voz y palabra del informante como lugar prioritario de referencia en la construcción de los datos y el significado de los mismos para lograr una reconstrucción más cercana al sentido de la experiencia del informante. Tal operación, requiere de ajustes permanentes entre las significaciones derivadas del esquema referencial del entrevistado y las interpretaciones del entrevistador. El entrevistador puede acompañar el proceso discursivo del entrevistado y coevolucionarlo junto con él en el desarrollo de la entrevista. (Rivas, 1996).

LA INVESTIGACIÓN-INTERVENCIÓN.

La construcción de un problema de investigación, implica un recorte de la realidad, que solo puede ser cognoscible si el investigador interactúa con ella, esto en sí mismo ya es una intervención. La intervención durante la investigación cualitativa se da porque los objetos de conocimiento se construyen durante y en su relación con el investigador, ambos, informante y entrevistador, se transforman en éste proceso de entrevista, con el cual se pretende la producción de un conocimiento que debe ser definido por las limitantes de su contexto. Así la investigación cualitativa permite la comprensión en profundidad de poblaciones específicas y particulares (Amuchástegui, 1998).

La entrevista es un proceso de comunicación durante el cual el entrevistador y el entrevistado se ven afectados o influidos mutuamente de manera consiente y de manera inconsciente. Ya que el proceso constituye un intercambio ligeramente artificial, es decir crea un contexto específico, el de la situación de entrevista, donde se desarrollan ciertos significados que solo pueden explicarse, expresarse y comprenderse en éste mismo marco de interacción, donde influyen las características personales del entrevistador y entrevistado, estas características personales son las biológicas, culturales y sociales. De ésta forma el entrevistado transmite oralmente al investigador su versión personal de la situación. Situación que para ser relatada requiere un esfuerzo del entrevistado de “*re-inmersión*”, en la situación que relata. Por lo que se requiere crear una atmósfera de intimidad y familiaridad que justifique esa reconstrucción (Ruiz, 1996).

Para comprender mejor lo anterior, tenemos que “*la cultura no está construida por símbolos sociales, sino que es un instrumento de interacción sobre el mundo y un dispositivo de poder. Al separar el texto (historia clínica) del contexto (estructura social), puede averiguarse e interpretarse el punto de vista de los actores, pero no las reacciones de poder y de dominación que los engloban... todas las culturas han construido, y siguen construyendo saberes acerca de la enfermedad y del desorden, pero globalmente válidos solamente para ese segmento cultural concreto*” (González, 1999). Es decir, que las explicaciones que puedan darse respecto de lo que nos narra el autor o el sujeto entrevistado, solo pueden tomar una forma lógica si se las analiza según el contexto en el que está o estuvo inmerso el autor. Tomando en cuenta, que al momento

en que éste desarrolla su discurso, revive las experiencias pasadas de tal forma que son transportadas al aquí y ahora como si hubieran ocurrido ayer (Ruiz, 1996). Y si al momento del discurso se habla de lo que es conocido para el entrevistado “*atractor semántico*”, éste podrá relatar con lucidez sus experiencias, lo que nos permitirá además ubicar el contexto en que ocurrió el fenómeno relatado, con lo que éste podrá comprenderse mejor, pero, si durante el discurso del entrevistado, el entrevistador incluye un “*bloqueador narrativo*”, el cual funge como “*neutralizador, homogeneizador, como portavoz de fuerzas conservadoras, o como reduccionista biomédico*”, al limitar el discurso del entrevistado y al tratar de enmarcarlo en un cuadro teórico, ideológico, político, o de cualquier otra índole, incluso al limitarlo con preguntas cerradas que no le permiten expresar abiertamente sus experiencias y apreciaciones, no será posible ubicar la narración dentro de un contexto que puede dar cuenta en gran medida del porqué ocurrió el fenómeno de la manera en que ocurrió y no de otra. Quedando con ello un gran vacío en el reporte de entrevista, pero sobre todo, con ello se minimizan las experiencias del entrevistado, en cambio si se utiliza un atractor semántico, en el área de psicología, se podrá coadyuvar no solo en el enriquecimiento de la investigación sino también en la constatación para el investigador y para el investigado de que sus actos fueron realizados de manera lógica y coherente con el contexto y la propia percepción del mismo (González, 1999).

(Cinabal, 2001), menciona tres técnicas de intervención durante la sesión, es decir durante la conversación llevada a cabo entre entrevistador y entrevistado, que son:

- Clarificar y recapitular: es una técnica de intervención verbal que consiste en hacer una pregunta para comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje del participante. Las preguntas son del tipo: ¿quieres decir que...? con ello el entrevistador se asegura de que lo que ha entendido es lo correcto y evita formular hipótesis, o presuposiciones erróneas con lo que la entrevista seguiría un curso falso. Además de que con ella se da la seguridad al entrevistado de que lo que narra es importante para el entrevistador.
- La recapitulación, en esta técnica se transmite un resumen elaborado del contenido cognitivo y/o afectivo del mensaje que transmite el participante con ello se tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos que este haya

transmitido o que haya mal entendido el entrevistador. Se utiliza también cuando se considera necesario “cerrar” una parte de la entrevista. Con lo que el entrevistado puede acceder al proceso de cerrar una parte de sus experiencias, es decir, al recapitular el entrevistador y con ello darle estructura al discurso, el participante adquiere esa construcción subjetiva, lo que puede ayudarlo a comprender el fenómeno desde otra perspectiva, con lo que la visión del mismo se ve enriquecida y clarificada.

- La tercera técnica de intervención es la de preguntas circulares, donde el entrevistador pide que el participante exprese sus puntos de vista sobre sus experiencias, sobre su forma de relacionarse con el fenómeno (tema de conversación), lo cual permite que el entrevistado desarrolle una imagen de la estructura de “su” fenómeno y comprenda el carácter del mismo. Se hacen preguntas de cuatro tipos: estratégicas lineales, con las cuales se produce una interacción correctiva, ejemplo de éstas preguntas son ¿No le parece que tal o cual acción es excesiva?, ¿No cree que?, ¿Es posible que esté negando...? el participante interacciona con sus respuestas que generalmente serán negativas y tendrá la posibilidad de analizar si lo que hace es realmente funcional o no; las preguntas descriptivas lineales, son de corte investigativo donde se pretende conocer más acerca de alguna situación, las pregunta pueden ser: ¿al llegar de... que es lo primero que haces? Con éstas preguntas el participante da cuenta para si mismo de cuales son sus actividades o actitudes respecto del fenómeno en cuestión; las preguntas descriptivas circulares, sirven para explorar un comportamiento, dentro del conjunto de comportamientos del participante en relación al fenómeno en cuestión, éstas producen un efecto liberador en el participante ya que son de carácter aceptante, por ejemplo ¿Qué haces cuando te das cuenta de que has comido el alimento prohibido?, el participante admitirá sus actos, no solo para el entrevistador, sino para sí mismo y estará en posibilidad de tomar una decisión acerca de cambiarlos o no, situado desde una posición de poder..., poder decidir acerca de sí mismo, las preguntas pueden ser también acerca del comportamiento de otros en el entorno del participante, en los cuatro casos, lo que arrojará una pauta más clara acerca del contexto en donde se

desarrolla el fenómeno. Al preguntarle al participante que hacen los demás acerca de..., permite que el participante se exprese ampliamente ya que siempre resulta más cómodo hablar de los otros que de uno mismo, con ello el entrevistador accederá a una fuente basta de información que más adelante podrá reutilizarse para ahondar sobre algunos puntos importantes para el trabajo de investigación.

(Cibanal, 2001), menciona que al momento en que se desarrolla un discurso, los hechos que son narrados bajo la perspectiva del participante vuelven a surgir como si no hubiesen pasado los años, pero el hecho de narrarlos, en presencia de un interlocutor incluso si son narrados por primera vez, requiere de un autoanálisis que cuando toma una estructura propia, provoca un proceso de cicatrización, que permite al participante “cerrar”, con esa etapa de su vida y continuar su camino de experiencias y percepciones de una manera distinta a como lo había venido haciendo hasta antes de iniciado el discurso. Esto último sería el resultado final y óptimo de una sesión de entrevista, donde además de obtener información el entrevistador coadyuva en el bienestar psicológico del participante.

A propósito de analizar contextos, discursos, silencios e interacciones entre individuos; se considera necesario definir que es lo subjetivo, al hacerlo se debe tomar en cuenta que al igual que las definiciones de lo que es psicología existen tantas como estudiosos de lo subjetivo.

(Abbagnano, 1994), define lo subjetivo como *“lo que pertenece al sujeto o tiene carácter de subjetividad*. Por su parte, (Pantoja, 1999), menciona que *“lo subjetivo, afirma y rescata esa singularidad, privilegiándola como uno de los criterios de la existencia”*. Así mismo, basándonos en la filosofía de descartes *“pienso, luego existo”*, tenemos un sujeto cognoscente que confirma su existencia en el acto de razonar o pensar”. Con lo cual la conciencia se convierte en el centro de la vida psíquica, en la medida en que opera por medio de representaciones y nos da cuenta de la vida del sujeto.

Lo subjetivo así, son las representaciones que tiene el sujeto del medio social en que está inmerso y la forma como estas representaciones se transforman en un discurso dirigido hacia el otro o hacia sí mismo. *“Las representaciones son un factor constitutivo*

de la realidad social al igual que las partículas y los campos invisibles son factores constitutivos de la realidad física” (Moscovici y Hewestona, 1984; citado en: Ibáñez e Iñiguez, 1985).

Es decir que subjetividad son representaciones y, para que el individuo haya logrado llegar a ellas, para que el individuo sea capaz de definir determinada parte de su realidad es necesario que haya adquirido conocimientos acerca de su medio social, que comparta sus conocimientos y que, al hacerlo reordene y reconstruya esa información para entonces poder simbolizar y definir un segmento de lo real. Con ello, no solo define su realidad sino que se define a sí mismo como ser humano social e individual.

Los individuos tienen experiencias propias susceptibles de ser compartidas, construidas estas en el medio social y luego transformadas en representaciones individuales, es que puede construirse lo subjetivo. Mediante estas interacciones y representaciones sociales, el individuo construye y reafirma su identidad, crea su discurso “*reflexivo y crítico*”, y procura dar respuestas a sus interrogantes sobre el entorno.

El entorno del sujeto, el contexto social y ambiental en el que se desenvuelve, solo puede ser descrito por el sujeto mismo, pues es él quien dentro de sus propias representaciones de la realidad y respuesta a las mismas, construye ese entorno social, percibido de manera individual y singular, por lo que (Birulés, 1996), señala la necesidad de poner especial atención en las diferencias dadas de representación en representación, de discurso en discurso, de individuo en individuo, ya que son esas diferencias las que marcan y enmarcan la subjetividad. Y son esas mismas diferencias, dentro de una masa homogeneizada, las que nos permiten percibir las particularidades de la población, no solo vista desde pequeños núcleos aislados, sino dentro de esas diferencias, leyendo entre líneas, se pueden localizar lazos de unión que crean las particularidades sociales y culturales de una población en determinado tiempo lugar y espacio, estas a su vez determinan la singularidad de cada sujeto que forma parte de ellas. Debe atenderse dentro del estudio de la subjetividad, dentro del estudio de las representaciones individuales: la “*Universalidad y particularidad como un continuo*” (Simpson, 1995. En: Birulés, 1996). Sin perder de vista que no se está hablando de una relación positivista denominada en la relación unidireccional desarrollada entre el sujeto

y su ambiente vistos desde una perspectiva naturalista, sino que, se está hablando de relaciones entre individuos susceptibles de construir simbolismos y significados para luego expresarlos y transformarlos a través del lenguaje, con lo que no se habla de un objeto de estudio de carácter natural sino construido y social (Baz, 1996).

El individuo, como ser social y como aprendiz de las costumbres y cultura en la que se encuentra inmerso, debe ser capaz de responsabilizarse de su discurso, discurso por medio del cual él transmite sus propios aprendizajes transformados por sus acciones y percepciones de lo real, ubicadas éstas de manera espacio temporal, es decir que, parte de ese aprendizaje adquirido proviene, por una parte, de las raíces culturales construidas a través de los años, pero también de lo que priva en la época en que se desenvuelve la vida del individuo, con lo que éste debe ser capaz de forjar su propia identidad a partir de lo obtenido en sociedad y luego, debe ser capaz de transmitir esta identidad de manera cierta y verdadera a los ojos del otro, pero lo cierto y verdadero de su aprendizaje va a estar definido por la forma particular como el individuo percibió lo susceptible de ser aprendido y de cómo luego esa percepción fue objeto de una serie de simbolismos y transformaciones hacia el lenguaje.

En éste devenir de percepciones, representaciones, aprendizajes y lenguajes, el individuo construye su identidad. Por lo que la identidad no es una constante, sino una construcción en constante proceso de cambio, que, sin embargo, mantiene fuertes las raíces culturales y sociales, formadas a través de los siglos, que le dieron forma.

A través del proceso de memoria, el individuo es construye y recuerda su identidad, por tanto, a través de la memoria es capaz de construir una representación de su realidad y de transmitirla a otros. Pero, como menciona (Birulés, 1996), en tiempos modernos, el ser humano parece estar caracterizado por una insistente imposibilidad de tener memoria, con lo que el discurso del sujeto se ve interrumpido, sus acciones imprevistas y se notan fracturas y fisuras dentro de la rutina del individuo; de ello precisamente esta formada la subjetividad. Pues de éstas fracturas e interrupciones es que esta formada la identidad del sujeto, identidad inestable, que en un tiempo y espacio determinados, es la muestra de la manera como el sujeto percibe a cada instante el mundo que lo rodea, que no es más que un mundo en movimiento constante.

(Cruz, 1996), menciona que el sujeto no siempre, dentro de su discurso va a desnudar para otro su identidad, no va a poner sobre una mesa la cruda realidad de la que, dentro de sus propias representaciones, él forma parte. La propia identidad esta mediada por lo que el otro ve de él. O dicho de otro modo la propia forma como se percibe el sujeto esta medida por la forma como el otro que lo percibe o los otros que lo perciben, le comunican en diferentes formas de lenguaje, la manera como lo perciben. Es decir, los otros serán el espejo en el cual el sujeto se mira y puede definir cual es su imagen (Wallon, 1977).

Esa imagen o identidad no es única ni verdadera. La identidad es una construcción del individuo, con sus determinantes sociales e individuales, las cuales, según el contexto en el que se encuentre el individuo, determinarán la identidad que va a mostrar en cada tiempo y espacio contextual; por otra parte, la identidad personal, la propia identidad, la identidad privada, la identidad para sí mismo, solo va a revelarla el sujeto, en privado, sólo para sí.

Digamos, según (Cruz, 1996), que el sujeto, cuando se encuentra en privado es auténtico y cuando se encuentra en público sólo es sincero (Trilling; En Cruz, 1996). Lo anterior debido a que en el contexto moderno se deben respetar las distancias en las relaciones interpersonales a fin de evitar abusos por parte de los otros hacia el individuo.

(Cruz, Op. Cit.), menciona la necesidad de “*reivindicar el derecho del sujeto a ser actor*”. Actor en los diversos contextos en que está inmerso, en los diversos roles que le toca desempeñar en cada contexto, actor incluso siendo auténtico cuando se encuentra en privado. Todo ello, toda esa serie de actos individuales, es lo que permite construir la “*categoría más amplia que llamamos sujeto*”. Formada, dicho sea nuevamente, por los actos y representaciones individuales empapados de la vida y los discursos sociales.

(González, 1996), menciona que “*las leyes de los fenómenos de la sociedad no son ni pueden ser otra cosa que las leyes de las acciones y pasiones de los seres humanos individuales unidos en el estado social*”. Con ésta afirmación se reafirma que el individuo se ve influido por la sociedad, y la sociedad a su vez se ve influida por los individuos. La realidad social por tanto solo puede ser aquella reportada por la sociedad, de manera individual. Es decir aquella que cada individuo, por separado reporta como real. Unidas, todas esas representaciones particulares por las generalidades que se

pueden leer entre líneas, por las generalidades que son, las que pueden verse a simple vista y por las que solo el investigador en su análisis puede reportar como tal se da cuenta de la realidad social; claro, sin perder de vista que esas generalidades son producto de particularidades, de individuos con identidades en cambio constante y, por lo tanto, esa realidad no puede ser estática, solo es una amalgama en constante evolución, susceptible de ser estudiada de diversas formas. Para llegar a los hilos que unen la amalgama, a las particularidades dentro de la generalidad social, es necesario recurrir al estudio de las representaciones sociales de los individuos y para ello, es necesario recurrir al discurso sincero de lo que para él representa su propia realidad. Es necesario, por tanto, recurrir a un estudio de la subjetividad individual y luego llevar esta hacia lo social.

Hablando de investigación social y de investigación psico-social, resulta indispensable recurrir al estudio de la subjetividad enfocada en los segmentos de las construcciones individuales para poder dar cuenta, a través de las particularidades, de las posibles generalidades del segmento social propio de esta investigación. No se habla de un intento de fragmentar, etiquetar y estandarizar ningún grupo social. Se habla de encontrar los lazos que unen a determinados grupos sociales y que son los mismos que los hacen ser grupos sociales diferentes de otros grupos sociales, se trata de buscar aquello que se puede particularizar en un grupo social y encontrar la identidad del mismo así como los procesos particulares que pueden definir a los miembros del grupo como sujetos en el mundo humano (Baz, 1996). Se busca conocer la subjetividad de los miembros del grupo y por tanto la subjetividad que define al grupo social, tomando en cuenta que cada miembro del grupo como individuo dispuesto a narrar sus representaciones sociales, es un sujeto de la subjetividad, lo que lo enmarca dentro de una cultura que se recrea a sí misma en cada sujeto y en donde cada sujeto da cuenta de ella (Vargas, 1998).

Así, en un estudio sobre enfermedades crónicas, en el caso de éste particular, sobre *“el incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes con DM2. Analisis desde la psicología social de la salud”*; se busca, a través del discurso analizar las percepciones y representaciones de los individuos que padecen una enfermedad en común, la DM2, percepciones y representaciones individuales que resultan mediadas por los “otros”

miembros de su grupo social; se busca además, la narración de actos que den cuenta de las subjetividades colectivas en torno al tema de estudio para dar cuenta de la realidad social que comparten. Buscando las respuestas al ¿porqué el incumplimiento de la dieta terapéutica? Tomando como antecedente la importancia de la misma para mejorar la salud y la calidad de vida del paciente con DM2, se puede señalar entonces la importancia no solo de señalar que la dieta terapéutica no se lleva a cabo, y cuantos millones de personas no lo hacen, se deben señalar además las razones subjetivas individuales y colectivas de la causa del incumplimiento, solo entonces podrán diseñarse estrategias eficaces para mejorar el cumplimiento de la dieta terapéutica y con ello, evidentemente coadyuvar en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida del paciente que padece DM2. En el campo de la salud esto se traduce en el conocimiento de las subjetividades colectivas desde las cuales es posible crear estrategias efectivas de prevención e intervención enfocadas hacia el cumplimiento de la dieta terapéutica.

9.4 METODOLOGÍA.

Pregunta de investigación:

¿Por qué los pacientes con DM2 no cumplen la dieta terapéutica prescrita por los profesionales de la salud?

Objetivo general:

Analizar desde el punto de vista de la psicología social de la salud cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2

Objetivos específicos:

- Analizar el discurso de pacientes que padecen DM2 para encontrar las razones subjetivas de su incumplimiento.
- Analizar las razones subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de los pacientes que padecen DM2 para encontrar las subjetividades colectivas que dan pie a las subjetividades individuales.
- Sugerir cuales deben ser los focos de atención en cuanto a la subjetividad de los pacientes que padecen DM2 se refiere, para lograr el cumplimiento de la dieta terapéutica.

Hipótesis.

El incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2 es causa, principalmente, del vínculo subjetivo que el paciente establece con la dieta terapéutica.

9.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se trabajo desde un punto de vista cualitativo. Y bajo la teoría de la psicología social de la salud.

Participantes:

Se entrevistaron 8 pacientes, 3 hombres y 5 mujeres que aceptaron participar en el estudio; diagnosticados con DM2; debido a que principalmente en este tipo de pacientes es que la dieta juega el papel principal en el tratamiento para el control de la glucemia, ellos viven en la Zona Metropolitana Norte, con edades de entre 55 y 74 años de edad.

Contexto:

Las entrevistas se llevaron a cabo en la casa central de la tercera edad ubicada en el municipio de Nicolás Romero.

Instrumentos:

Se trabajo realizando una entrevista a profundidad, con una guía de preguntas semiestructuradas. Y se analizo la información bajo la metodología del análisis de contenido.

Material:

Grabadora de voz, lápiz y cuaderno de notas.

Procedimiento:

Entrevistas y sesiones.

Se llevo a cabo una sesión de entrevista, por informante, en la cual se abordaron los siguientes temas:

- Estado de salud actual.
- Impacto emocional al momento del diagnóstico.
- Seguimiento del tratamiento en general.

- El impacto de la dieta como tratamiento: alimentos consumidos antes y después del padecimiento, motivos de la falta de apego a la dieta terapéutica.

Dentro de los hábitos alimenticios se consideraron cuatro contextos:

- Casa.
- Trabajo si es que lo realizaban.
- La influencia de la religión.
- La influencia de los amigos.

Los temas anteriores se abordaron conforme surgían durante la entrevista. Tomando en cuenta que fue una entrevista semiestructurada y que no era necesario que se abordaran en ese orden.

A la par que se realizó la entrevista se detectaron las posibles causas de porqué los pacientes caen en el incumplimiento de la dieta terapéutica y se discutían éstos puntos con el paciente.

Al finalizar la entrevista, se analizó la información del paciente y se determinó el carácter del vínculo subjetivo que establece el paciente diabético con su dieta con lo que se determinaron también las causas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes con DM2.

El análisis se realizó con la guía de las siguientes categorías:

- Descripción general de los participantes.
- Impacto emocional al momento del diagnóstico.
- Seguimiento general del tratamiento.
- El impacto de la dieta como tratamiento terapéutico.

Por último se elaboraron la discusión y las conclusiones acerca de los resultados obtenidos en el análisis de la información.

CAPÍTULO 7.

ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

RESULTADOS

Para analizar cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2, se considera necesario, determinar cual es el vinculo subjetivo que establece el paciente diabético con la dieta

Para ello, se utilizo el método de investigación cualitativa de tipo hermenéutico con el fin de profundizar respecto de las causas del incumplimiento terapéutico, si bien, saber cuantas personas que padecen la enfermedad caen en el incumplimiento terapéutico es importante, más importante aún es determinar las causas del incumplimiento; por ello, resulto de gran utilidad la entrevista a profundidad con preguntas semiestructuradas como instrumento de trabajo, para centrar la atención en el discurso del participante, posteriormente, se realizo un análisis de contenido, en el cual se encontraron los vínculos subjetivos que establece el paciente con la dieta terapéutica.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES

CARMELO.

Al momento de la entrevista él tenía 74 años de edad, vivía con un hijo, su nuera y dos nietos. Su hijo y nuera trabajan y Don Carmelo les ayuda algunas veces a cuidar de los nietos, Don Carmelo, cocina para sí mismo y algunas veces también para la familia que vive con él. En cuanto a su economía, Don Carmelo reporta que recibía al momento de la entrevista una pensión de \$5000 al mes, además trabajaba aún como reportero en un periódico local, puede decirse entonces que tiene solvencia económica aceptable. Él comentaba que hacía un año le habían diagnosticado DM2, y que nunca le recetaron insulina, solo medicamento oral, pero no recuerda el nombre del mismo de ello se deduce que él padece DM2, ya que en este tipo de padecimiento no se receta insulina y

el medicamento hipoglucemiante siempre se receta en forma oral (Wilson y Foster, 1989). La DM2 se le detectó cuando asistió a una consulta médica pensando que tenía mal la próstata, luego de una serie de análisis médicos le informaron de su padecimiento.

Al momento de la entrevista él no reportaba tener síntomas de DM2, como son la polifagia, polidipsia y polilalia, que son los tres síntomas generales, sin embargo sí comentó haber sufrido mareos, por observación se le notaron falta de piezas dentales y caries avanzada en la dentadura que le queda, lo cual puede ser en él una enfermedad consecuente a la DM2 (SamFyC, 1998 y; Williams y Foster, 1989).

ALVARO.

Tenía al momento de la entrevista 62 años de edad, comentaba que vivía con su familia y que los miembros de la misma lo atienden en general, esto incluye la preparación de sus alimentos, algunos de ellos le ayudan económicamente para asistir con médicos particulares pues considera que los médicos del IMSS no son tan efectivos, cuenta con seguro médico, no con pensión económica y no reporta tener problemas de carácter económico.

Hacía un año y cuatro meses le comunicaron que padecía DM2, le recetaron glibenclamida, hipoglucemiante oral utilizado en personas con DM2. El diagnóstico se dio luego de que le realizaron una intervención quirúrgica en una hernia inguinal; en los análisis médicos previos a la intervención se reportó negativo en DM2, en los análisis posteriores a la intervención los resultados fueron positivos, por lo que la DM2 puede ser efecto de la intervención quirúrgica, pero no es posible determinar la causa exacta de su padecimiento (Mancillas, Gómez y Rull, 2002, Citado en: Islas, 2000 y; Salazar, 1992, en Lara 2001); la intervención quirúrgica se la realizaron en un DIF a pesar de que cuenta con seguro médico.

Don Álvaro, no percibe en él los síntomas comunes de la DM2, como son la polifagia, polidipsia o polilalia, y reporta que no tiene problemas de cicatrización, por ello dice que no padece la enfermedad. Aunque él no identifica como síntoma de la enfermedad los mareos sí reporta que los siente algunas veces y éstos pueden ser un síntoma de hiperglucemia o de hipoglucemia.

BERTHA.

Ella tiene 62 años de edad, vive con su esposo y un nieto de 15 años que asiste a la preparatoria. Éste último, fue adoptado, aunque no legalmente, por ella debido a que su hija lo abandono y comenta que desde que lo acepto en su casa, su esposo, a regañadientes le proporciono ayuda para él, por lo que su nieto ha sido tema de constantes conflictos familiares. Ella es ama de casa y no reporta tener una situación económica difícil.

Le diagnosticaron DM2, desde hace cuatro años de manera informal y de manera formal hace 3 meses, no comenta los síntomas por los que asistió al médico, pero si comenta que los mismos fueron causa de conflictos familiares relacionados con su nieto. A ella le recetaron Metformina y Glibenclamida, medicamentos recetados en DM2, generalmente la metformina se receta como tratamiento para pacientes obesos con DM2, cuando este tratamiento resulta insuficiente, se puede combinar con las silfonilureas, de las que forma parte la glibenclamida (Diario Oficial de la Federación, 1999). Ella no comenta padecer algún síntoma en especial relacionado con la DM2, solo se le nota obesa y la obesidad puede ser una causa de diabetes pero también una enfermedad consecuente a la misma (Islas, 2000), sin embargo, no menciona algún síntoma específico de DM2.

GRACIELA.

Ella contaba con 65 años de edad al momento de la entrevista, vivía sola con su madre, quien también padece DM2 Graciela es responsable de ella, tiene además dos hijos que la visitan a menudo y quienes le proporcionan ayuda económica para la manutención de ambas, ya que ella dejo de trabajar desde seis meses atrás, por lo que su única fuente de ingresos es la que le proporcionan sus hijos; comenta que la situación económica por la que atraviesa le causa problemas para comprar y consumir alimentos recomendados por su médico. No especifica que medicamento es el que toman ambas pues tienen recetado el mismo medicamento, pero si aclara que son pastillas, las cuales son recetadas en pacientes con DM2.

Le diagnosticaron DM2 hace nueve años, unos días después de que se entero del diagnóstico de su madre; y comenta que no percibe tener síntomas de DM2, pero menciona que sufre dolores de piernas, lo cual es un síntoma de mala circulación sanguínea, la cual puede ser ocasionado por la DM2.

ISABEL.

Ella tenía al momento de la entrevista 55 años de edad, vivía sola, y su hijo, que ya es casado, vive junto a su casa. Ella comenta que tiene el servicio médico del ISSSTE, pero no comenta si es pensionada pero no tiene problemas de tipo económico.

Isabel comenta que fue diagnosticada con DM2 aproximadamente hace 14 años, y le recetaron pastillas, pero no menciona el nombre menciona una “formina” que es probable que sea la metformina o la fenformina y menciona una “ribenclamida”, que es la glibenclamida, le recetan ésta combinación debido al mal control de glucemia que presenta. Sus síntomas son: mareos, debilidad, sueño, dolores de cabeza, hambre, cansancio y vista nublada.

LUISA.

Ella tiene 68 años de edad, vive con el menor de sus hijos y es soltero, constantemente la visitan otros hijos y una de sus hijas padece DM2. Comenta que no tiene una situación económica difícil aunque no menciona sus fuentes de ingresos.

Fue diagnosticada hace aproximadamente trece años cuando una de sus hijas la llevo al médico por problemas de comezón en los genitales, esto es un síntoma de DM2 y no menciona tener ningún otro síntoma que se relacione con el padecimiento, excepto que padece taquicardia, según su médico este es un problema de nacimiento, aunque eso no implique que este problema pueda empeorar a causa de la DM2.

MARIA.

Ella tiene 55 años de edad, vive con su esposo, es ama de casa y comento constantemente durante la entrevista que sí tiene dificultades económicas.

Fue diagnosticada con DM2 hace ocho años en una revisión de rutina para prevenir nuevos brotes de cáncer. El principal síntoma que ella padeció, fue la pérdida repentina de peso, actualmente no menciona padecer otro síntoma relacionado con la DM2.

SANTIAGO.

Él tiene 57 años de edad, vive con tres de sus hijos convive poco con ellos debido al tiempo que dedican a su trabajo, y desayuna diario con una de sus hijas que es casada. Comenta que es pensionado y que ese dinero solo lo utiliza para él. Tiene una compañera con la que sale todos los fines de semana y la va a ver entre semana a la casa de la tercera edad.

Fue diagnosticado hace trece años y desde entonces ha tomado tres medicamentos distintos que son: la glibenclamida, la torbutamida y finalmente el euglucón, menciona que inicialmente querían administrarle insulina en el seguro, por lo que prefirió asistir con un médico particular y éste le dio la opción de tomar hipoglucemiantes orales.

Padece de mareos, comenta que es porque se le baja la presión sanguínea, esto puede ser consecuencia de los 5 miligramos de medicamento que toma al día, es la dosis máxima y la toma debido a que recientemente se pincho con un clavo el pie y es necesario controlar los niveles de glucosa para favorecer una buena cicatrización y evitar problemas de pie diabético.

IMPACTO EMOCIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

El momento del diagnóstico resulta de gran importancia para lograr que el paciente tenga un buen seguimiento del tratamiento, en DM2, ya que es el momento en que, hablando metafóricamente, se hace un parteaguas en la vida del paciente, es el momento del antes y después de la DM2. Es decir, es el momento en que el paciente debe ser

conciente de su padecimiento y de su parte activa en él, es el momento del cambio, en costumbres, hábitos y en general es el momento que para el paciente se divide entre el estar sano y el estar enfermo. Depende en gran medida de cómo se realice el diagnóstico que el paciente lo tome de la mejor manera posible para coadyuvar en el proceso de percibirse como una persona sana a percibirse como una persona que padece una enfermedad crónica degenerativa que, con su ayuda, no debe mermar su calidad de vida (Meichenbaum y Turk, 1987, citados en Macia y Méndez, 1996 y; Ayarra y Lizárraga, 2002).

El momento del diagnóstico para don Carmelo no influyó de manera negativa ya que no reporta haber experimentado cambios fuertes en su vida, solo comenta que le detectaron grados altos de glucosa sanguínea y que fue después de un diagnóstico mal acertado que lograron determinar cuál era la verdadera causa de su padecimiento, cabe recordar que él asistió al médico pensando que se encontraba mal de la próstata, le diagnosticaron gota, de manera momentánea, hasta que por fin rectificaron el diagnóstico y le comunicaron que padecía DM2.

Lo que don Carmelo opina al respecto es que la doctora “*no le atino*” y comenta lo siguiente: “*nomás me estafaron*”, respecto de los análisis que le realizaron, comenta además que le recetaron un medicamento tomado y que le dijeron que alimentos no debía comer, él se quedó con la idea de que la DM2 es un padecimiento agudo, ya que comenta: “*me dieron medicina y con esa me la, me la quite*”, él piensa que ya no padece DM2, debido a que una vez que lograron controlar los altos niveles de glucosa sanguínea, afirma que sus médicos le dijeron que ya podía comer de todo y que ya no se tenía que tomar su medicamento “*si no es pa toda la vida*”, “*...ya estoy controlado*”.

Esta actitud puede ser producto de una mala información por parte del médico hacia el paciente respecto del padecimiento, o puede ser producto de una mala interpretación por parte del paciente respecto de las recomendaciones médicas, sin embargo, si el médico pusiera atención en informar adecuadamente al paciente y corroborar que éste lo entendió correctamente la información, no tendría por qué haber interpretaciones erróneas.

Un caso claro de la mala información respecto del padecimiento que suelen proporcionar los médicos al momento del diagnóstico, es el caso de don Álvaro, quien

comenta que fue diagnosticado luego de una intervención quirúrgica y que en los exámenes médicos de rutina previos a ésta, él no la padecía. Por lo tanto, él deduce que “ahí me la pegaron”, que al momento de la intervención, por decirlo de alguna manera, le contagiaron o le transmitieron la enfermedad como si se tratara de un caso igual a hepatitis o SIDA. Si bien es cierto, que aún no logra determinarse con precisión las causas de la enfermedad de DM2, también es cierto, que ésta no es transmisible, es decir ésta enfermedad no puede contagiarse. Por lo que es probable que algún medicamento que le administraron a don Álvaro le desencadenó la DM2 en su organismo.

Don Álvaro, se queja, de que los médicos, solo le dijeron que padecía DM2, pero no le dijeron la causa, además él sintió coraje: “...sentí como coraje...”, respecto de la emoción al momento de enterarse de su padecimiento, y es que argumenta que él no padecía DM2 antes de la operación y lo que agrava su situación es lo que percibió posteriormente respecto de los médicos “... ya nada, simplemente que no me dijeron nada...”, es de suponer, que si Don Álvaro no entendía como es que padecía la enfermedad, los médicos debieron haberle aclarado las causas probables del padecimiento en su persona, pero ellos optaron por no darle mayores explicaciones. Debido a esto, don Álvaro aún no logra aceptar que padece la enfermedad, y ello ocasiona que su seguimiento del tratamiento sea deficiente, pero la forma como los pacientes siguen su tratamiento, se revisará con más detalle posteriormente.

Otro ejemplo, de la incertidumbre que pueden provocar los médicos al proporcionar de manera errónea un diagnóstico o en el peor de los casos un mal diagnóstico que puede dificultar en gran medida el cumplimiento del tratamiento, es el caso de doña Bertha.

Ella comenta que fue oficialmente diagnosticada hace, tres meses, debido a un pleito con su nieto y su esposo, tuvo un desbalance metabólico y los niveles de glucosa sanguínea le aumentaron considerablemente, por lo que al practicarle los análisis para revisar su estado de salud, era inevitable confirmar un diagnóstico que hacía cuatro años le proporcionaron de manera confusa.

Ella comenta que hace cuatro años, asistió al médico, el cual le mandó a hacer análisis en ayunas, los cuales reportaron niveles normales de glucosa sanguínea, aparentemente, pues no comenta los mg/dl, de glucosa sanguínea que reportaban sus

análisis, posteriormente ese mismo día el médico le dijo que se comiera un pastel y la mando a realizarse de nuevo un examen de glucosa, en donde ya aparecían niveles altos de glucosa sanguínea, el medico le dijo que ella ya era una persona diabética. Este procedimiento es el que algunos siguen para confirmar la DM2 en los pacientes (Islas, 2000; Mancillas, Gómez y Rull, 2002 y; SamFyC, 1998), pero el médico no le explico la naturaleza del procedimiento a Doña Berta lo que ocasiono la confusión; así, la respuesta por parte de ella fue la siguiente: *“discúlpeme, pero yo no soy diabética, y me dijo, -pues lo va a aceptar, porque es diabética-; y le dije no, discúlpeme pero yo no soy diabética. Entonces este, así, así me fui...”*, el médico confronto de manera agresiva y confusa a la paciente en lugar de explicarle el procedimiento a través del cual realizo el diagnóstico, de manera que ella se negó a aceptar su padecimiento. Es evidente que la noticia de que se padece DM2 no es fácil de aceptar y de hecho, se cae en un periodo de negación, aún cuando el diagnóstico es claro y proporcionado de una manera amable, mucho más difícil resulta aceptar ese diagnóstico cuando la información resulta confusa para el paciente y además ésta se proporciona de manera tan violenta.

El resultado: doña Bertha perdió cuatro años de tratamiento, al negar rotundamente que padecía la enfermedad (Krall, 1992, en Lara, 2001), los cuales resultan de gran importancia en cuanto al avance en la aceptación del padecimiento y en el logro del seguimiento del tratamiento (Ayarra y Lizárraga, 2002), que decir, del tiempo perdido, para luchar por una buena calidad de vida para ella, ya que como la DM2 es una enfermedad crónica degenerativa, los años ganados de tratamiento, son años ganados en contra de la degeneración de los sistemas del cuerpo humano y por tanto, esto se ve reflejado tanto en la calidad de vida del paciente a largo plazo, como en el ahorro en gastos médicos por enfermedades consecuentes a la DM2 (Ibanovich, 1994; Gómez y Sabeh, 2000 y; Sabaté, 2003). Ésta perdida de tiempo se refleja en Doña Berta cuando comenta: *“... me he sentido un poco mal porque, moralmente, porque este, e, pues, por eso, porque se me... me, o sea me dijeron que ya se me desarrollo completamente la diabetes... yo no entiendo porqué se me desarrollo la diabetes y porqué no bajo de peso...”*. A cuatro años de su diagnóstico, ella apenas hace tres meses, por una recaída, admitió que padecía DM2, pero no termina aún de procesar dentro de su realidad actual la nueva información, no termina de aceptar su padecimiento, tan es así, que le cuesta

trabajo incluso, decir que padece DM2, como se noto en sus pausas durante el discurso anterior, por ello aún hoy ella no sigue adecuadamente su tratamiento.

Afortunadamente, así como hay momentos en que las personas reciben mal la noticia acerca de su padecimiento, también hay momentos en que el diagnostico les quita metafórica o literalmente un peso de encima, y por ello los pacientes permanecen tranquilos, pero eso no implica que sigan adecuadamente su tratamiento, como es el caso de Graciela.

Ella fue diagnosticada algunos días después de que lo fue su madre, cuando se entero que su madre estaba enferma de DM2, pensó que la iba a perder pronto, pero al enterarse que ella también estaba enferma, se sintió acompañada y sobre todo compañera de su madre en el padecimiento, como si “Dios”, las hubiese unido, para vivir juntas y morir juntas *“no me siento mal, porque digo es una enfermedad que Dios me mando, no, y si son pruebas que Dios me pone, pues las voy a aceptar y, si tengo que estar con mi mamá y que las dos tengamos la misma enfermedad pues porque Dios quiere que las dos estemos juntas...pues nos vamos a ir juntas...”*. , evidentemente. Graciela siente mucho cariño y apego por su madre, tanto que la idea de morir juntas más que entristecerla la alegra y le ayuda a superar su padecimiento, más aún, este hecho, evito un impacto negativo en su vida, pero, ello no ha evitado que ella tenga un mal seguimiento de su tratamiento.

Isabel, no comenta que su médico, le haya comunicado de su padecimiento de una mala manera, pero si comenta que este se dio por un susto que ella se llevo, aunque aún no se comprueba científicamente que este tipo de situaciones conlleven a un desencadenamiento de la enfermedad, sin embargo si se ha demostrado que existe relación entre el estrés y la elevación de la glucemia (Mason, 1975), así como que las tensiones y los conflictos emocionales ocasionan transgresiones en la conducta de los pacientes que padecen DM2 y por lo tanto mal control de la enfermedad (Fernández y Pérez-Álvarez, 1996). Pero, después del comunicado de su diagnóstico ella comenta que pensó lo siguiente: *“...pues ya me amole..., si, la verdad sí sentí triste porque pues pensaba que no iba ya a hacer mi vida normal no”*. Ella, se instalo en el sentimiento de tristeza, pero no comenta más síntomas que al momento puedan definirse como una depresión propiamente dicha, sin embargo, algunos autores han señalado, que es común

detectar depresión o algunos de sus síntomas sin llegar a ella propiamente dicho, en pacientes recién diagnosticados con DM2 (Krall, 1992; citado en: Lara, 2001), éstos síntomas pueden durar pocos días o hasta toda una vida si no se le proporciona ayuda adecuada al paciente, hablando de información respecto de su padecimiento y hablando de atención psicológica y psiquiátrica en caso de ser necesario. Por otra parte, Isabel menciona el pensamiento de “ya no poder hacer su vida normal”, ella no especifica qué era esa vida normal antes de su padecimiento, pero sí es evidente que el paciente ve el padecimiento de la diabetes como algo que llega, trastorna e interrumpe la vida de las personas, de tal manera que no les será posible nunca hacer las cosas que estaban acostumbrados en todos los aspectos de su vida (Montés y Bayle, 2002), ello, es consecuencia de la desinformación, no sólo de los pacientes, sino de la población en general ya que el sistema de salud no había procurado en los últimos veinte años al menos, crear programas de prevención, que evidentemente incluyen información general, como las campañas de información que actualmente abundan acerca del VIH SIDA. Pero también se percibe esta interrupción, como un hecho real de los cambios que debe realizar en sus vidas a partir del conocimiento del diagnóstico, por ello se dice que *“El sujeto es y a la vez no es, el mismo antes que después de determinado suceso”* (García, 1996). El sujeto es y no es después del síntoma.

Lo que no puede negarse, es que el desarrollo de la enfermedad, si bien, no tiene porqué trastornar de manera negativa la vida del paciente, si requiere éste de crear, modificar o mejorar hábitos de alimentación, ejercicio, higiene y de cumplimiento estricto en la toma de medicamentos de por vida, cuando tal vez el paciente no acostumbraba tomar una o hasta tres pastillas diarias, o cuando, el paciente debe eliminar, disminuir o anexar a su dieta algunos alimentos, pero, la aceptación o el rechazo de esta situación hace la diferencia entre tomar el diagnóstico como un trastorno en la vida o como un simple cambio en la rutina diaria.

Precisamente, hablando de tomar el diagnóstico de DM2 como un indicador de cambios en la rutina diaria sin que esto implique trastornos negativos en la vida ni en la calidad de vida de una persona (Birulés, 1996, Moreno y Jiménez, 1996 y; Barbosa, 2001), se describe a continuación el caso de Luisa.

Ella fue diagnosticada por comezón en sus genitales, la noticia no la sorprendió, porque su madre había padecido DM2, por lo que ella y sus hermanos sabían que alguno de ellos podía padecerla también. Así, ella comenta sentir “nada”, al momento del diagnóstico, le sugirieron tratamiento farmacológico y modificar sus hábitos alimenticios, ella comenta que simplemente acepto que debía seguir las sugerencias de los médicos y lo hizo, para ello, contó con un gran apoyo especialmente del hijo con quien vive pues se sometió a la misma dieta que ella, por lo que no comenta haber tenido dificultades. (Lara, 2001 y; Montoya, 2004) mencionan que efectivamente la familia del paciente también sufre las consecuencias de la enfermedad y que algunos familiares se vuelven sobre protectores con su paciente.

El hecho de que Luisa tomara de manera tan natural su padecimiento y los cambios de hábitos, se debe a varios factores que son, el haber tenido un familiar cercano con DM2, lo que a su vez facilito que ella ya tuviera conocimiento cercano y verdadero del desarrollo del padecimiento y por último, el apoyo que tiene de parte de sus hijos, al ser sus compañeros en el proceso salud-enfermedad en el que se encuentra.

Algunas veces tener conocimiento previo del padecimiento, ayuda a tomar de manera normal el diagnóstico de DM2 como en el caso de Luisa, ó el hecho de que un familiar cercano y querido lo padezca al mismo tiempo que el paciente ayuda a que el padecimiento sea tomado como algo “divino” que hay que afrontar con “buena cara”, como es el caso de Graciela. Pero, en el caso de María, que sufría sobre peso, la DM2 fue el medio como ella bajo rápida y fácilmente de peso, por lo que comenta que “se puso contenta” por los síntomas de la DM2. Por otra parte, ella no tomo de manera trágica el padecimiento, porque le pareció poco complicado en comparación con el cáncer del cual recientemente se había curado, así que, para ella la DM2 que es una enfermedad crónica degenerativa, en comparación con el cáncer que también lo es, le pareció menos terrible, esto puede ser porque el tratamiento de la DM2, si bien es complicado por el cambio de hábitos en la vida diaria, el tratamiento del cáncer lo es más por el tipo de tratamiento agresivo con el que es “curada” la enfermedad. De manera que ella, al comparar padecimientos, le pareció menos desagradable el de la DM2. Por ello según la historia de vida que tenga el paciente este calificara mejor o peor su padecimiento y su calidad de vida.

Por último, Don Santiago, no comenta haber tenido problemas al momento del diagnóstico, al menos no de tipo emocional, pero cuando le dijeron que debía llevar una dieta especial, pensó que era muy difícil llevarla a cabo así, desde el primer momento se inclinó por recibir de manera negativa los pormenores de su tratamiento, por ello él aún no puede cumplir su dieta y comenta que sí sintió miedo cuando un médico hace 8 años le dijo que debía inyectarse insulina, por lo que no siguió las recomendaciones de ese médico y consultó a otro, el cual le dio una alternativa más, que es el euglucón, un hipoglucemiante oral. El miedo de Don Santiago, está justificado quizá, porque la insulina se receta además de en pacientes que padecen DM1, en pacientes con DM2 que tienen pésimo control de la glucosa sanguínea por lo que generalmente manifiestan un alto grado de degeneración corporal, de manera que en la cultura popular ésta degeneración se ha asociado erróneamente con la inyección de insulina. Finalmente, se nota que Don Santiago ignora su padecimiento de manera radical y por lo tanto no ha procurado seguir su tratamiento.

SEGUIMIENTO GENERAL DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento en pacientes con DM2 se sostiene principalmente de tres pilares que son el medicamento, el ejercicio y la dieta, actualmente también se considera importante la educación diabetológica para el paciente y sus familiares o cuidadores (SamFyC, 1998), pero no todos los pacientes tienen la oportunidad de recibir educación diabetológica y no todos los médicos les indican a sus pacientes seguir los tres pilares del tratamiento, es decir, algunos indican solo tratamiento farmacológico, otros solo dieta, otros el tratamiento farmacológico y ejercicio o solo dieta y ejercicio o indican tratamiento farmacológico y dieta pero no ejercicio, esto puede explicarse porque la mayoría de los pacientes prefieren un control externo de la glucosa como es el medicamento y no un control interno como es la dieta y el ejercicio (Mendoza, Velásquez, Antonieta, Pego, Campero, Lara y gallegos, 2000).

Así, a Don Carmelo, le dieron tratamiento farmacológico y le indicaron seguir una dieta “*natural*”, como el mismo lo reporta, la cual consistía en “*dejar carne de puerco, chile y todo eso...*”. Él no menciona en ningún momento de la entrevista que le hayan

sugerido hacer ejercicio y menos que le hayan proporcionado educación diabetológica, de hecho, esto último, no se los indicaron a ninguno de los entrevistados por lo que en adelante se centrará la atención solo en los tres pilares básicos del tratamiento de la DM2.

Actualmente Don Carmelo ya no sigue su tratamiento, pues dice “... *ora si, me dijo, ya coma de todo...*” la afirmación anterior esta elaborada respecto de las indicaciones de su médico, cuando se le “*quito*” la enfermedad con el medicamento. De hecho, él ya no toma medicamento para controlar su glucemia, por la misma razón, porque ya se “*quito*” la enfermedad, respecto del medicamento comenta: “...*si no es pa’ toda la vida... porque luego se le olvida a uno, bueno, sale uno y, ya no toma su medicamento, y así me pasaba luego no me lo tomaba*”. En general, él percibe la DM2, como si fuera una enfermedad de tipo aguda, con lo que una vez que logro disminuir sus niveles de glucosa, ya no es necesario seguir tomando medicamento y tampoco seguir una dieta, argumenta además que el médico fue quien le dio esas instrucciones, evidentemente, entre él y su médico hubo un problema de comunicación, pues si bien un médico puede caer en el error de no dar información sobre el padecimiento al paciente, es poco probable que él le diga al paciente que ya se ha curado de una enfermedad crónica, que aún no tiene cura, la opción a ese malentendido es que el médico con quien fue sea un charlatán. Don Carmelo no tiene buen seguimiento de su tratamiento en general.

Don Álvaro, sí sabe que le recetaron un medicamento especial para controlar la glucosa sanguínea y que tiene alimentos prohibidos. Esta percepción, es decir, ver los alimentos como prohibidos, indica la forma negativa como don Álvaro juzga los cambios en sus hábitos alimenticios, esto tal vez tiene que ver con las palabras que pudieron utilizar los médicos al señalar los cambios que debía hacer, algunos médicos tienen la costumbre de señalar lo prohibido y lo permitido, de manera que el paciente más allá de identificar cambios positivos en sus hábitos alimenticios, identifica prohibiciones de los alimentos que más le gusta comer, él no menciona que le hayan propuesto seguir un programa de ejercicios, pero por su estado de salud, tampoco hubiese podido seguir estas indicaciones, pues él padece asma también. Don Álvaro sabe que debe tomar diariamente su medicamento y seguir adecuadamente su dieta terapéutica, pero no lo hace. “...*hay veces que por, si usted quiere, por curiosidad he*

dejado de tomarme mi medicamento, y no me afecta nada...". Este párrafo ilustra claramente que don Álvaro, no toma de manera regular su medicamento, y tampoco lo hace con su dieta, pero ello se revisará en un apartado especial.

Doña Berta, indica que sí le recetaron medicamento y también le indicaron seguir una dieta especial; aunque ella sufre sobrepeso, no comenta que le hayan sugerido hacer ejercicio moderado y de bajo impacto que es el ideal para coadyuvar al restablecimiento de su peso y; debido a las condiciones de su diagnóstico, reporta que no ha seguido adecuadamente el tratamiento en cuanto a la dieta terapéutica se refiere, pero no comenta haber tenido problemas con la ingesta de medicamento.

Doña Graciela comenta que le recetaron medicamento y le recomendaron seguir una dieta, de hecho, ella debe tomar el mismo medicamento que le recetaron a su madre y ambas llevan la misma dieta, pero, ninguna de las dos toman de manera regular sus medicamentos debido a los problemas económicos por los que atraviesan y argumentan que por la misma razón no cumplen con la dieta que deben llevar.

Isabel no sigue de manera adecuada el tratamiento ni en lo que respecta a la dieta ni en la alimentación; ella lo deja claramente establecido cuando comentó lo siguiente: *"Trato de tomar mi medicina o sea o no se aumentar un poquito de lo que, porque luego a veces me recetan dos o tres pastillas y luego a veces me tomo dos..."*. A lo largo de la entrevista, hizo notar que no sigue adecuadamente su dieta *"si, si hago, pues hasta donde es posible la dieta no...pero o sea, siento que no lo hago total"*, pero esos detalles se revisarán en otro apartado. Curiosamente Isabel si hace ejercicio, el médico le recomendó hacerlo debido a que tiene mala circulación. Ella los hace precisamente en la casa de la tercera edad donde asiste regularmente *"...los ejercicios los aprovecho porque en casa digo, los voy a hacer pero como que no es lo mismo, y ya me da flojera y no lo hago y entonces aquí (en la casa de la tercera edad), pues a fuerzas, tengo que hacerlo forzado"*; en esta última oración ella se refiere a que en su casa no lo hace porque no hay motivación suficiente, y es a eso a lo que asiste a la casa de la tercera edad, a hacer ejercicio con compañía, debido a que no tiene otro tipo de actividad, prefiere asistir a este lugar, porque además puede socializar con las personas que asisten, el punto final es que ella no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y el dietético, pero si sigue adecuadamente el tratamiento en cuanto al ejercicio se refiere.

Doña Luisa, comenta que sí sigue al pie de la letra su tratamiento farmacológico, ya que ella lo toma como si fuera una regla, así se lo dice a su hija que también padece DM2 “...hazlo como una, un...una cosa que...-una regla.- sí, levántate, agarra tu pastilla, te la tomas allí tienes tu agua en tu buró...”. Pero no cumple correctamente con su tratamiento completo, ya que cede fácilmente ante sus antojos.

Doña María Actualmente tampoco sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico, comenta que por los altos niveles de glucosa sanguínea que tenía, tomaba inicialmente tres pastillas por día, pero conforme sus niveles de glucosa se fueron estabilizando, solo tomaba dos pastillas al día, pero como no quería tomar tanto medicamento entro a tratamiento naturista, lo que le permitió estar dos años sin tomar medicamento, luego de ese tiempo, debió dejar ese tratamiento por problemas económicos, por lo que ahora debe volver a tomar su medicamento. Por el mismo problema económico, ella no sigue adecuadamente su dieta.

Por último, Don Santiago, comenta que le mencionaron que debía tomar medicamento y seguir una dieta especial, pero nunca a seguido su dieta, y respecto de su medicamento, también se lo cambiaron en distintas ocasiones debido a que no lograban controlar sus niveles de glucosa sanguínea, el medicamento que toma actualmente, lo toma tres veces al día, pero él sigue tendiendo un índice alto de glucosa sanguínea, con lo que se demuestra que no logra controlar sus niveles de glucosa, debido a que no sigue su dieta adecuadamente, pero también es probable que no tome su medicamento como se lo indica el médico.

EL IMPACTO DE LA DIETA COMO TRATAMIENTO.

Alimentos Consumidos Anteriormente Y Actualmente. Cambios Importantes De La Dieta Antes Y Después Del Diagnostico De La DM2 Para El Paciente.

Don Carmelo en realidad no ha hecho cambios significativos en su dieta, ya que lo que él comenta que consumía antes de esta, es lo mismo, en comparación con lo que comenta que come actualmente. Su dieta se compone de lo siguiente: carnes rojas, frutas, verduras, sopas de pasta, huevo, leche y sus derivados; dándole mayor prioridad a

las carnes rojas y, por si fuera poco utiliza mucho aceite para cocinar sus alimentos él justifica este uso excesivo de aceite de la siguiente manera: “...*pa’ que le de sabor al caldo...*”; por otra parte, él prefiere comer sopa de pasta que sopa de verduras y condimenta su comida con mucha sal; además aún toma refresco, come hasta tres piezas de pan al día y los alimentos preparados que come regularmente son: Chile verde, longaniza, carne de puerco, chicharrón, etc... Finalmente, aún come dulces, de hecho, al momento de la entrevista, él tenía en la boca una pastilla de caramelo. A todo esto don Carmelo comenta lo siguiente: “...*y me ha ido muy bien...de todo como y no me hacen daño hasta ahorita...*”. Por los alimentos que comúnmente consume don Carmelo, es posible decir que su dieta no es balanceada pues come poca fruta o verdura ya que prefiere la carne y pastas a la fruta y además su dieta no es saludable, ya que cocina con demasiada grasa y sal, cosa que por su diabetes él debiera evitar o consumir con moderación, por último, incurre en consumir bebidas y golosinas prohibidas rotundamente como son el refresco y los caramelos, además de consumir azúcar dietética en grandes cantidades: dos sobres y medio por vaso de agua o té que consume. Por supuesto, él ha dejado o evitado consumir algunos alimentos o bebidas, pero no siempre lo hace por prohibiciones de los médicos, así por ejemplo, él ya no toma café porque comenta que anteriormente tomaba demasiado y eso ya no le hace bien, ahora consume solo té, esto último sí fue sugerencia de los médicos, pero también comenta que ya no come demasiado bistec de res, porque la carne es muy dura, por ello prefiere carnes más blandas “...*bisteces como muy poco porque están duros y yo ya ando chimuelo entonces la verdad no*”.

En resumen, respecto de la dieta de don Carmelo, son pocos los alimentos o bebidas que ha dejado de consumir y de hecho, no es por causa de su padecimiento, sino porque no se siente bien al comerlos, o no puede hacerlo por el problema dental que tiene. Por lo tanto, para él, el supuesto cambio de dieta no fue relevante ni intrusivo en sus hábitos de alimentación, de hecho, no tuvo una verdadera modificación de sus hábitos alimenticios. Si él consume o no determinados alimentos tiene que ver con factores distintos de los relacionados con la prohibición de los médicos.

Don Álvaro si manifiesta frustración al momento de hablar respecto de la dieta que le recetaron los médicos para controlar su diabetes, él hace hincapié en los alimentos que

antes podía consumir y que ahora no podía, lo dice con un tono de decepción “... *mucha carne no, pero sí de vez en cuando, de pollo, de res de puerco si comía, no mucha, pero sí; y ahora no... antes comía más y comía de todo ya hora no...y, ya ni café puedo tomar...*”. Esa decepción y frustración, forma parte de no entender cual es el motivo de tales prohibiciones o restricciones en los alimentos que solía consumir. Sin embargo, lo que le causa ese sentimiento de frustración es solo la idea de tener restringidos los alimentos por parte del médico, pero no el llevar a cabo en realidad dichas restricciones, pues algunas ocasiones él sigue consumiendo los alimentos ya mencionados. Aunque, su dieta si se ha visto modificada luego del diagnóstico de la DM2, él comenta consumir cosas distintas ahora como son: “...*pechuga frita o empanzada e, sin grasa, o, otra, otra parte del pollo, pero igualmente y algo de verdura y fruta y agua hervida... me como un pan de sándwich, como ya le explique a usted, le pongo una pechuga sin grasa a, un poquito de verdura y fruta, a veces me como una tortilla o dos y la fruta y de, de tomar agua hervida...no como azúcar, apenas la pruebo, una cosa, casi nada, sal, pus, muy poquito, este, grasa, e, refresco... me hace daño la carne roja y este, no puedo comer... frijoles, lentejas y casi sopas, tampoco... el picante...un chocolate, un dulce un pastel...*”. Su dieta se ha visto modificada porque ha disminuido su consumo de carnes rojas y de cerdo, pero no precisamente porque el médico se lo haya recomendado, sino porque le hace daño, es decir, él padece cuando la consume y prefiere no hacerlo, disminuyó su consumo de azúcares, sales y grasas en sus alimentos cocinados, pero evidentemente esto solo es una percepción de él, pues analizando lo que dice, no puede corroborarse esta información, ya que una pechuga frita o empanizada evidentemente contiene grasas que afectan sus salud, eso sin mencionar el refresco, postres y golosinas que dice consumir algunas veces.

En resumen, Don Álvaro sufre por las restricciones que verbalmente le ha sugerido su médico y percibe, que en realidad ha dejado de consumir algunos alimentos, pero si bien, no come carnes rojas y de cerdo, la grasa que debía disminuir con ello, la consume por la forma de preparación de las carnes blancas, de la misma forma, disminuyó su consumo de azúcares y sales en algunos alimentos pero lo compensa al consumir golosinas y postres. Así don Álvaro se siente frustrado de vivir entre prohibiciones, pero no lleva a cabo tales prescripciones médicas.

Doña Berta.

La señora Berta, antes del diagnóstico de la DM2 comenta que solía comer de todo incluyendo carnes rojas, cabe recordar que ella fue diagnosticada cuatro años antes de que aceptara un diagnóstico oficial, por lo que aún teniendo conocimiento de su posible padecimiento, según sus propias percepciones distorsionadas por la forma como se le comunicó su padecimiento, ella, aún teniendo conocimiento de riesgo de DM2 no siguió formalmente una dieta ni un tratamiento médico, ella comenzó a seguir un tratamiento específico para la DM2, hasta el momento en que sufrió una crisis y no le quedó más remedio que aceptar el padecimiento. Por ello, antes y durante el mismo padecimiento ella seguía esa dieta “normal” a sus hábitos alimenticios. Luego de la aceptación del diagnóstico comenta que tuvo que modificar sus hábitos alimenticios ella actualmente consume lo siguiente: “ *dos tortillas en la comida y en la mañana como pan integral, tomo leche deslactosada, tomo cereal, fruta... la carne de res la como, pues, una vez a la semana, como más pollo, verduras...un huevo con dos rebanadas de pan integral, si como huevo no tomo leche, si tomo leche no como huevo...* ”; comenta además incluir en su dieta la papaya, ensaladas al vapor o crudas, también come sopas de verduras, diversas raciones de fruta a la hora de la comida y a la hora de la cena ella come cereal, yogurt, fruta, pan con mantequilla, té o café, a los cuales les pone una cucharada pequeña de azúcar. Y procura cocinar sus alimentos con aceite de oliva a fin de prevenir el colesterol.

Es posible decir, en apariencia, que ella lleva una dieta balanceada y que si bien consume alimentos no permitidos, lo hace en poca cantidad y cuando lo hace, además intercambia unos, por otros, como en el caso del huevo y la leche, pero ella no toma en cuenta demasiado las raciones de comida, ya que consume media pechuga de pollo en un solo día y en una sola sentada, por lo que está consumiendo más raciones de carne de las que debería, no debería comer mantequilla, ni tomar café y respecto de la fruta también debería seguir una regla en cuanto a las raciones de la misma, pues hay frutas muy dulces de las cuales no debe comer más de una o no las debe acompañar con otras igual de dulces; además de eso consume pasteles y dulces, los cuales no debería consumir ya que sigue una dieta poco balanceada.

Los alimentos de los cuales ella esta conciente que no debe comer son: “...*pan, no debo comer tortillas, no debo comer frituras, refrescos, dulces, todo eso no debo comer, porque pues, no se me baja el azúcar...azúcar ya no como...*”; y no esta segura de si debe o no comer carne de cerdo por ejemplo, ya que el médico le dice que si puede hacerlo siempre y cuando sea carne maciza y acaso una vez al mes. De manera que ella sabe que alimentos no debe consumir, sin embargo, aún los sigue consumiendo. Por lo que no comenta haber sufrido el cambio en su dieta, y es que como puede observarse, ella aún come de todo, tal vez haya hecho cambios en la marca del aceite que consume, o en el tipo de leche, pero para ella esto no resulta desagradable, lo que sí comenta que le costo trabajo dejar fueron las carnes rojas, aunque en realidad aún las consume, quizá con menor frecuencia y de hecho, alimentos como la leche que no consume entera, en realidad los evita porque le hacen daño, no porque no deba tomarla entera a causa de su padecimiento y la dieta en general trata de “seguirla”, porque esta interesada en bajar de peso, no porque este realmente interesada en controlar sus niveles de glucosa sanguínea.

Graciela comenta que sí le dijeron que debían seguir una dieta especial ella y su madre, pero no siempre puede llevarla a cabo por cuestiones económicas. Por ello, el hecho de tener que seguir una dieta específica si representa un problema para ella aunque no necesariamente por el hecho de tener que cambiar sus antiguos hábitos alimenticios, ella comenta que comía de todo antes de enterarse de su padecimiento de la enfermedad, ella trabajaba en una cocina económica donde se servía la tradicional comida mexicana y antojitos como son caldos y consomés, alimentos a base de tortilla, atoles, etc; “...*Comia mi concha, había un chocolatito, huy pues me lo tomaba y no me tomaba una taza, me tomaba una taza y media, porque le digo, me encantaba...*”; era esto lo que ella comúnmente consumía, y además como puede notarse, consumía grandes raciones de dichos alimentos. Pero también dada la localidad donde ella vive, tiene acceso a otro tipo de alimentos a los que ella estaba acostumbrada como son los nopales y que resultan benéficos para las personas que padecen DM2.

Respecto de lo que ella come actualmente se pueden mencionar los siguientes alimentos: verduras cuando tiene dinero para comprarlas, frijoles, sopa de espagueti, nopales y caldos de pollo. Hay alimentos de los cuales ella comenta que le prohibieron pero que si come, estos alimentos son: “...*no comer muchas harinas que es la tortilla, el*

atole, tamales, pozole y todo eso no...pero no crea que no como, si como, jijiji... ”; evidentemente ella no solo no sigue adecuadamente su dieta, sino que le causa risa no hacerlo, es decir lo toma como una travesura. Por ello puede decirse que en ella, el cambio terapéutico que debía tener en su dieta no tuvo gran impacto sobre sus hábitos alimenticios o costumbres, en realidad es su situación económica la que ha causado un verdadero cambio en sus hábitos alimenticios aunque estos no son los más saludables para su estado de salud.

Isabel comenta sí haber sufrido con la idea de tener que modificar sus hábitos alimenticios ya que se iba a ver restringida de los alimentos que más le gustaban entre ellos los dulces “*...no podía yo tomar dulce, principalmente azúcar, o sea dulces, todo eso, pues ya, o sea que ya es diferente no, que no puede uno comer todo lo que le gusta a uno, dulces y pues eso*”.

Ella comenta que el médico le sugirió no comer “*...azúcar, pastas, harinas, todo eso, y este, pus, refresco, m..., pues sí, todo eso*”. Pero ella no ha dejado de consumir dichos alimentos y bebidas, de hecho, ella no a modificado sus hábitos alimenticios, lo cual puede observarse al notar que es lo que ella come actualmente, como arroz, sopas y carnes principalmente, pollo rostizado, frijoles, carne de cerdo y de res, pan blanco y de dulce, frutas dulces como el plátano, naranja, mandarina, manzana y papaya. Además del refresco algunos dulces y antojitos mexicanos.

El patrón general de Isabel a comentar sobre los alimentos que tiene prohibidos es de negación, ella niega para sí misma que los consume, pero al final termina aceptando que los hace y luego busca una justificación a ese hecho, por ejemplo cuando habla del refresco “*...el refresco pues ese casi no, ese casi no y cuando lo llego a tomar pues por descuido mío que llego a salir y no hay otra cosa... o que de momento no me acuerdo de comprar agua o algo, me lo llego a tomar pero me pongo mal (a ella el tomar refresco le provoca...)...mucha sed, mucha sed y no hay agua que me llene...no, le digo que no, que no tomo refresco, no, no tomo...*”; evidentemente se nota una gran dificultad para aceptar que debe seguir una dieta y más aún se nota una gran dificultad para seguirla y para aceptar que consume alimentos prohibidos, sobre todo cuando habla del refresco y del pan. .

Luisa, no comenta haber sufrido para aceptar que debía modificar su dieta ni para hacerlo.

Ella comenta que antes de ser diagnosticada ella consumía muchas carnes rojas de res, cerdo y borrego; además de comer los típicos antojitos mexicanos, por supuesto, ella comenta que nunca faltaban dulces en su escritorio.

Actualmente ella come solo pollo con verduras, frutas dulces y semidulces, cereales ricos en fibra, toma agua simple y de sabor preparada con frutas naturales y no cena, sí consume azúcar, aunque comenta que solo una cucharada pequeña en su café por las mañanas y ocasionalmente si come dulces, antojos mexicanos, los típicos taquitos que se preparan generalmente con carne de res, frutas secas como cacahuates, procura evitar consumir pan.

Aparentemente ella lleva una dieta balanceada en general, pero ello no impide que consuma alimentos que no debiera consumir, aún así, su dieta sí se vio fuertemente modificada pues dejó de comer carnes rojas en exceso y apenas prueba medio vaso de refresco algunas veces en reuniones familiares, pero dadas las condiciones en que se entero de su padecimiento, a ella no le causo ningún tipo de dificultad aceptar que debía seguir su dieta y tratar de llevarla a cabo lo más apegada posible a las indicaciones de su médico, algo muy importante es que ella sigue apegada a su dieta, porque cuenta con el apoyo de su hijo el menor, quien se sometió al mismo tipo de dieta que ella para motivarla. Y aún así, ella consume de vez en cuando alimentos que no debe como son los taquitos placeros, azúcar agua de frutas y no menciona si es mayor la cantidad de fruta que de agua lo cual también es contraproducente para su salud, consume frutas secas que pueden ser ricas en grasas, etc. De manera que aunque tiene niveles relativamente bajos de glucosa sanguínea, aún no puede controlar uno de los padecimientos consecuentes a la diabetes que es la infección en las vías urinarias y esto es una prueba de que no tiene un verdadero y adecuado control de la glucosa sanguínea y que por lo tanto no debería permitirse consumir alimentos restringidos para las personas que padecen DM2.

María, dada su situación económica comenta que no le a sido posible llevar a cabo su dieta tal como se la recomendaron los médicos, esto resulta paradójico cuando se toma en cuenta que ella entro en tratamiento naturista donde tenía que tomar nutrientes a base

jugos y licuados de frutas, además de tomar complementos alimenticios, los cuales ella misma comenta que son muy caros, es decir que sí tenía dinero para adquirir esos complementos, pero no para consumir una dieta balanceada que al final le resultaría mucho más barata. Actualmente para ella y su esposo ya no fue posible pagar dicho tratamiento naturista por lo que debió volver a consumir su dieta habitual, la cual se compone principalmente de sopas de pasta, frijoles, tortillas, pan blanco, pastel en ocasiones, tostadas, jugos de frutas dulces, como la piña, fresa, manzana, y los endulza con miel. Come también lentejas, arroz, habas, garbanzos, alverjones. Ella comenta que no consume carnes rojas.

El cambio respecto de su dieta anterior fue drástico, debido a que ella comenta que antes consumía chicharrones de cuero de pollo hechos en casa, tortillas hechas en casa, frijoles y salsas. Evidentemente, cambiar este tipo de alimentación por una basada en jugos y licuados acompañada de complementos alimenticios, resulta sumamente drástico, aunque luego, se encontró un punto medio donde si bien aún consume frijoles tortillas y pan, al menos ya no consume los mencionados chicharrones de pollo que resultaban contener un alto grado de grasas saturadas por ejemplo.

En ningún momento de la entrevista, María comenta haber tenido dificultades para aceptar que debía modificar sus hábitos alimenticios en casa, pero sí comenta que las dietas que le proporcionaban en el hospital mientras estuvo internada sí eran difíciles de aceptar, pues las raciones y el sazón de los alimentos servidos en los hospitales son pequeñas y desabridas, esos alimentos desabridos y en pequeñas cantidades son precisamente los que debería consumir aún fuera del hospital, ya que precisamente lo que le da sabor a los alimentos como el azúcar y la sal, le están prohibidos y para controlar mejor las raciones de cada alimento que consume debería hacer cinco comidas al día en pequeñas porciones cada una.

Finalmente Don Santiago, comenta que sí tuvo y tiene dificultades para seguir la dieta recomendada por sus médicos y es que él nunca le pidió a su esposa que le hiciera dietas especiales y ahora considera que no es correcto pedírselo a sus hijas además de que en las fondas donde come no sirven menús balanceados. Por ello, él nunca ha seguido adecuadamente su dieta. Además e que a él le gusta mucho la comida bien sazónada tal como su difunta esposa se la preparaba. Él comenta que comía y sigue

comiendo, carnes rojas pollo, moles, y comida típica mexicana en general, comenta que le prohibieron comer frutas dulces, alimentos grasosos, y al respecto dice “...*pues ya casi nada...*”; es decir, él percibe que le prohibieron de comer casi todo y que por tanto no puede comer casi nada, pero ello no le impide comer todo lo que le gusta.

Actualmente el sigue tomando refresco, bebidas alcohólicas, los alimentos que suele prepararle su hija en el desayuno, los menús del día en las fondas donde come entre semana los cuales incluyen postres dulces, los fines de semana come tacos de canasta, antojitos mexicanos, mariscos, evidentemente, come carne de res o cerdo, de pollo y ésta puede ir acompañada o no de verduras, sopas de pasta, en caldos consomés, etc. En conclusión, él no ha modificado sus hábitos alimenticios, pero si le causa conflicto pensar que no debe comer “casi nada”.

Motivos Del Apego o de Ausencia de Apego A La Dieta Terapéutica Por Parte Del Paciente que padece DM2.

Se a mencionado de manera general cuales son los alimentos que consumen actualmente las personas entrevistadas y puede observarse que éstos no son los más recomendables según el estado de salud que presentan, que es de un bajo control de la glucemia (Wilson y Foster, 1989 y; SamFyC, 1998). Ahora bien, las causas subjetivas por las cuales el nivel de apego a la dieta terapéutica no es el indicado para coadyuvar en la regulación de la glucosa sanguínea, no las proporcionan los participantes de manera directa, es preciso, como mencionan diversos autores como (Baz, 1994; Suárez, 1986) realizar una lectura entre líneas, analizar lo que dijeron, lo que no dijeron y las contradicciones encontradas a lo largo de su discurso, a continuación, se presentan las palabras clave que mencionan de manera regular y conciente de porqué ellos consumen los alimentos que saben que no deben consumir, también se presentan los motivos mencionados, de manera no conciente, respecto de porqué consumen dichos alimentos y finalmente se discutirán los resultados.

Don Carmelo, menciona que come determinados cortes de carnes rojas porque “*es muy sabrosa*”, así como también comenta que no consume determinados cortes porque “...*están duros y yo ya ando chimuelo...*”. De las carnes que él come, le gusta chuparse

los huesos, porque “...quiero acabarme el ultimo dientito que me queda...”; Él come de todo porque no le hace daño “no me hacen daño hasta ahorita”. Por supuesto, según él, su doctora le dijo que ya podía comer de todo porque ya estaba controlada su glucosa sanguínea, por eso él afirma que ya come de todo. Aunque, menciona que alimentos como el aceite y el azúcar los toma con medida, “...me gusta con harto aceite pero no tanto...”, también menciona que toma azúcar especial, pero le “...hecho dos sobrecitos y medio, pa’ que quede dulce...”. Evidentemente no existe medida tampoco al consumir estos alimentos. Finalmente él narra que come de todo por la siguiente razón: “...pa’ que no hostigue, porque todo, de todo le choca a uno...”.

Don Carmelo, en general, es muy claro respecto de las razones por las cuales aún consume los alimentos que no debe, sus razones son: porque esta muy sabroso, porque no le hacen daño y para no aburrirse comiendo lo mismo; queda claro también que él esta seguro que si puede comerlos, por lo que para él éstos no tiene un carácter prohibido, por ello, la única razón por la que él se abstiene de consumir algún alimento es porque no puede comerlos debido al mal estado de su dentadura. Y claro, su percepción respecto de las medidas de los alimentos que consume o de los aderezos con los cuales los prepara son erróneas desde el punto de vista médico, pues el asegura que los consume con moderación cuando en realidad cae en excesos como es el caso del azúcar.

Don Álvaro por su parte, menciona que “...solo de vez en cuando...” consume los alimentos que no tiene permitidos. Pero él si tiene claro cuales son los alimentos que no debe consumir. Él no tiene clara la preparación de los alimentos, pues comenta que come pechuga de pollo “frita o empanizada sin grasa...”, él percibe que esta forma de preparar los alimentos disminuye la grasa contenida en ellos, pero, según las reglas de la preparación de los mismos, los alimentos fritos o empanizados, necesariamente se cocinan con mucha grasa. Él consume algunos alimentos o bebidas como el refresco “...ahí nomás como por antojo, tantito de vez en cuando...”, no come carne roja “...me hace daño la carne roja y este, no puedo comer...”. Come leguminosas, panes y pasteles, etc. “...lo que sea por antojo sí me lo como y hasta ahí, no me hace daño...”, También consume refresco cuando se marea porque tiene presión sanguínea bajan y lo hace para subirla. Ésta es solo una percepción de don Álvaro basada en una creencia popular, ya

que al mismo tiempo que don Álvaro toma refresco para subir su presión sanguínea, también toma el medicamento para controlar la glucosa, por lo que el mareo efectivamente pasa, pero solo producto de la ingesta de medicamento no de la toma de refresco de cola, pues hay que recordar que también la glucemia alta puede producir mareo.

La razón básica por la cual don Álvaro consume alimentos que tiene prohibidos es el antojo, y la otra razón pero no generalizada en él es el consumir algún alimento para sentirse mejor, o dejar de consumir determinado alimento porque se siente mal cuando lo consume. Por otra parte justifica el sí comer alimentos no permitidos en la razón de que lo hace solo de vez en cuando y por antojo, como si por ello, esos alimentos en realidad no afectaran su salud.

Doña Berta comenta haber estado muy deprimida por su diagnóstico de DM2, pero reporta haberse sentido más tranquila cuando un médico le dijo que sí podía comer de todo pero con moderación. También comenta que come alimentos que si bien no son prohibidos es preferible no consumirlos o hacerlo en pequeñas cantidades, cuando esto sucede, se debe procurar no consumir varios de éstos productos en un mismo día menos en una misma sentada y por supuesto si se es un paciente obeso que además padece DM2, es preferible evitarlos. Un ejemplo de ellos es que cuando ella come huevo, no toma leche y viceversa. Sin embargo, ella piensa que lleva una dieta balanceada cuando en realidad cae en algunos excesos, como comer en un solo día leche por la mañana y yogurt por la tarde, con ello excede su ración diaria de productos lácteos recomendada para personas con DM2, y esto resulta aún más grave debido a que ella padece sobrepeso. Además según la fruta que consume, ella puede estar consumiendo más raciones de las recomendadas de fruta al día, lo cual produce un aumento de la glucemia si son muy dulces y comenta, de la manera más natural que además come pan con mantequilla por la noche, lo que aumenta considerablemente su ración diaria permitida de grasa y productos de origen animal; pero ella se basa en su percepción personal de lo que significa una dieta balanceada y cree que la lleva a cabo adecuadamente. Las palabras que comúnmente utiliza para decir cuando consume un alimento son: “*cuando se me antoja, me apetece*” o cuando le gustan. Ella comenta que sí come dulces cuando “*tienen un sabor muy especial*”, consume cucharadas pequeñas de azúcar porque “*...yo*

pienso una cucharadita chiquita, yo pienso que no es mucho... “, otros alimentos los consume por necesidad por ejemplo, del pastel ella opina “...siento como una necesidad, como un...como un antojo, igual que si nunca como pastel...”. Ella lo prueba y si esta rico sí se lo come y sino, se contenta con solo haberlo probado. Ella al comer algún alimento que sabe que no debe de comer piensa lo siguiente *“...espero que esto no me haga daño, porque por lo dulce...”, “...hay Dios mío, ojala que ya no, que ya no se me suba...(la glucosa)”, “...después también me agarra el remordimiento...”.* Por otra parte, la razón de porque ella no podía dejar de comer carne es la siguiente *“sentía que si yo carne no comía no me llenaba...pero fuera, aunque fuera un pedacito yo sentía como que necesidad de comer carne...”.* También menciona que si la comida esta muy buena, así sean carnitas ella se las come, si no, no. y finalmente comenta que a alimentos como el pastel, les quita la parte que más le puede hacer daño como es el adorno de crema, chantilly o merengue

En resumen, doña Berta, consume alimentos por antojo, porque le apetecen, porque siente necesidad, o porque le gustan y están muy buenos, porque siente que si no, no se llena y porque dice que como lo hace muy poco espera que no le hagan daño, además de que confía en Dios para que no le hagan daño y luego de haber consumido algo que sabe que le hará daño, siente remordimientos, como si con ello disminuyera la culpa de haberlos comido y la consecuencia de haberlo hecho, además menciona que le permitieron comer de todo con moderación, pero si esto lo dice un médico habría de especificarle al paciente qué es comer moderadamente, pues es un termino que se presta a las subjetividades particulares de cada paciente, lo mismo ocurre cuando ella menciona que consume cucharadas pequeñas de azúcar, puede consumirlas pequeñas, pero puede usar más de dos en un solo vaso y/o puede hacerlo dos o tres o más veces al día, por lo que se ven rebasadas sus raciones de azúcares permitidos.

Doña Graciela recurre a la *“probadita”*, para justificar porqué si se permite consumir determinado alimento que no resulta benéfico para su salud, asumiendo que como solo lo probó no le hará daño. Sin embargo, ella no solo prueba esos alimentos, sino que son sus alimentos básicos como son los frijoles y el espagueti, es decir si le ofrecen frijoles o espagueti, ella comenta que solo les da un probadita cuando en realidad ella los consume casi diario o a diario como uno de sus alimentos principales

del día. Comenta que a veces no puede comer verduras porque “...*las tengo que comprar y si no tengo dinero, pues entonces no puedo comprar mis verduras...*”, ella también come nopales, porque los consigue en su casa o un vecino se los regala, pero cuando come frijoles ella dice lo siguiente “...*me gustan...y cuando no aguanto las ganas de comerlos, pues me los como...*”. Igualmente ella come cosas que no debe debido a que no le hacen daño porque no las come seguido, come todo lo que le regalan porque lo hacen de buen corazón y respecto del pastel por ejemplo, comenta que come solo la mitad y el resto lo guarda. Respecto de la tortilla, comenta que siente que si no la come, no se llena, la comida no le satisface y por ello, ella debe comer tortilla. Respecto de bebidas como el café comenta que toma nescafé porque con el café de grano se siente muy mal. Cuando ella come algún dulce y siente que le esta empalagando lo tira y ya no se lo termina, aún así, ella está consumiendo dulces y en general respecto de su estado de salud ella opina “...*del azúcar yo digo que voy bien porque no me siento mal...*”, es decir que para ella es muy importante el notar si se siente mal o bien con determinado alimento para entonces tomar la decisión de seguir consumiéndolo o no. Finalmente ella comenta “...*me gusta convidar y también me gusta lo que me conviden... (Alimentos)*”, necesariamente ella consume lo que le den, no importa si le esta permitido por su estado de salud o no.

En general, puede decirse que Doña Graciela, consume diversos alimentos que no tiene permitidos, en primer lugar porque son los que se encuentran en su casa, no puede conseguir algunos por falta de recursos económicos, por ello, agradece cuando alguna persona le regala algo para comer, no importa lo que sea ella lo acepta con agrado, pero también los consume porque no le hacen daño, al menos no de manera evidente, por ello e cuando de manera evidente nota que algunos le provocan malestar, no los consume. Come los alimentos porque le gustan, por “*ganas*”, y por darles solo una probadita, es decir, por probar lo prohibido. Y por supuesto, ella se guía por la creencia popular de que si no come tortilla, si no complementa su comida con tortilla, ella no puede sentirse llena o satisfecha. Y cuando se trata de algo que sabe de manera clara que le hace daño, como lo es el pastel, justifica que con solo comerse la mitad de una ración (la cual puede ser grande mediana o pequeña en términos de variedad de tamaños amplios), ese alimento no le provocara daños a su salud.

Isabel come generalmente en cocinas económicas en compañía de sus amigas porque no le gusta preparar poco alimento solo para ella y porque no le gusta comer sola, y por supuesto, ordena lo que todas ordenan *porque* “...se me va a antojar...”, consume las raciones que le sirven en los lugares donde ella asiste a comer. Respecto de porqué consume lo que no debe ella comenta: “...se le antoja a uno y lo que no puede uno comer es lo que se le antoja precisamente...”. Así, algunos alimentos los consume por “antojo” come carnes rojas acompañadas de verdura y se evidencia la culpa que siente al hacerlo porque inmediatamente menciona que además come atún con brócoli. Es decir ella no tiene claro lo que es una dieta balanceada y que puede efectivamente comer carnes acompañadas de verduras, pero tampoco menciona si la cantidad de verduras es mayor a la cantidad de carne, que sería lo correcto, pero, como ella no tiene control sobre su glucemia, ella no debería siquiera probar las carnes rojas. Ella niega rotundamente consumir ciertos alimentos como el pan y el refresco que son altamente dañinos para su salud y luego, durante la entrevista admite que los consume, en el caso del refresco, argumenta que es por descuido, que lo compra cuando sale y tiene sed “...pues por descuido mío...”, posteriormente comenta que éste le provoca dolor de cabeza y aún así lo consume por “...olvido...” o “...nomás así...”; y cuando vienen las consecuencias de sus actos, ella se “arrepiente” como si con arrepentirse bastara para evitar los daños a su salud. Al decir que sí come pan, se nota cierta liberación en su voz al poder aceptar que lo hace “...de vez en cuando si, la verdad sí, sí me lo como...”; con esta frase tan emotiva se demuestra la frustración que puede sentir al no comer algunos alimentos o al negar que lo hace y el placer que le produce consumirlos o aceptar que lo hace; ella también consume demasiadas tortillas porque siente que no queda satisfecha si no lo hace.

En resumen, doña Isabel, consume algunos alimentos por antojo, por descuido, por olvido, porque sí, porque no le gusta cocinar para ella nadamás, por comer lo que sus compañeras comen, por sentirse satisfecha y porque no le gusta comer sola, de la misma manera al argumentar arrepentimiento trata de eliminar la culpa de consumir determinados alimentos o directamente niega para sí misma que los consume cuando sabe que sí lo hace, esto con el fin de no tener que aceptar que esta haciendo mal, pues ella se mueve precisamente en estos términos, lo que esta bien y lo que esta mal, dando

mayor énfasis a lo negativo, sobre todo a lo negativo que es tener que privarse de determinados alimentos y las consecuencias que ello conlleva a nivel social.

Luisa, por su parte, comenta en general que sí sigue adecuadamente su dieta, sin embargo, ella también consume alimentos que no debe consumir. Al respecto ella opina que a veces: *“...me desatrampo, porque por ejemplo en diciembre, que el molito...los pastelitos, ...pero me estoy controlando, me estoy controlando con la glibencalmida...”*, es decir, que incurre en consumir alimentos que sabe que no debe y se justifica diciendo que toma puntualmente su medicamento, come algunos de ellos cuando *“... sé que estoy bien del azúcar, digo pues un poquito, un poquito...”*, ella también toma refresco por ejemplo y se justifica de la siguiente manera: *“...si, el antojo...este poquito que me voy a saborear lo voy a saborear muy bien porque yo sé que ya no me lo voy a tomar...”*; ella entonces tiene la idea de que tomando o comiendo poquito de algo sí se le va a subir la glucosa, pero eso será solo un día de la semana *“...poquito y conciente de que se me va a subir el azúcar pero como en toda la semana ya hago mi dieta...”*, argumenta con esto que el seguir adecuadamente su dieta el resto de la semana ayudará para nivelar los niveles de glucosa que se le han subido por consumir algún alimento no permitido, respecto de por qué le pone azúcar al café ella comenta *“...no sabe igual...”* es decir que pone gran importancia al sabor de los alimentos; pero también ella consume: *“...lo que no como en mi casa...”* esto por supuesto, también comenta que lo hace de vez en cuando por antojo. El refresco, lo toma a demás *“...para mitigar esas ansias que me están dando ustedes...”* se refiere a cuando sus hijos toman refresco frente a ella. Ella además come tacos de carnes cuando *“...tengo ganas de...como de unos taquitos de cabeza...a veces vencemos la tentación y a veces no...”*. *“... si tiene uno las cosas se las come uno automáticamente...”*.

Ella también come dulces sin terminárselos, es decir se come solo la mitad y el resto lo guarda. Finalmente, ella durante un tiempo, no se preocupó por hacer dieta porque tomaba un licuado de nopal con xoconostle y con ello dice que mantuvo sus niveles de azúcar en niveles un poco más bajos de lo normal.

Luisa entonces, no ha seguido su dieta, porque toma un licuado de nopal con Xoconostle, que le provoca hipoglucemia, por antojo, si tiene los alimentos en casa, para mitigar sus ansias, porque no vence la tentación porque se destrampa, por saborear un

alimento, cuando sabe que esta bien del azúcar o que ya no va a comer ese alimento el resto de la semana, porque es poquito lo que come de él. En fin, aún argumentando que consume determinados alimentos porque tiene bien sus niveles de glucosa o porque se controla con el medicamento, en realidad de antojo en antojo y de probadita en probadita a la semana ella puede transgredir en incontables ocasiones su dieta terapéutica, pero la percepción de ella es que no lo hace y por ello se permite concederse esos antojos o deseos.

Doña María en realidad no sabe cual es la dieta que debe seguir para controlar sus niveles de glucosa sanguínea “...*pus ni se exactamente que es lo que, lo que le quiten a uno así de la dieta...*”, pero ella principalmente sigue su dieta en base a la situación económica por la que atraviesa, por ejemplo, prefiere comer bolillo que pan integral, pues le es más fácil comprar el pan por piezas que tener que comprar una bolsa entera de pan “...*la situación económica es lo que a veces no se presta como para, para poder llevar una dieta en forma y a la vez estarse nutriendo y alimentando...*”. Comenta que aún toma jugos de frutas, pues dice que eso le hace bien, ya que un médico naturista le impuso una dieta a base de jugos y complementos alimenticios, pero no comenta saber que los jugos de frutas concentran la fructosa de los alimentos y por tanto provocan un aumento considerable de glucosa sanguínea, pero sí sabe que no debe comer muchas frutas, ella presenta confusión respecto a esta información. Comenta que la razón por la que consume algunos alimentos no permitidos también se debe a: “...*la necesidad, la necesidad en algunas ocasiones y otras ocasiones la necesidad...*”. Argumenta que “...*cuando uno es pobre y pues a veces nadamás hay sopa, pues nadamás sopa comemos, sopa y tortillas...*”, con esto último se refiere a que en su casa se come lo que hay, no lo que se necesita, se debe o se quiere. Ella claramente acepta que come lo que no debe cuando dice “...*nomás como algo y ya este, ya no estoy bien...*”, pero ese malestar no lo manifiesta como algo emocional, sino físico, eso es lo que le da la pauta para saber si un alimento le hace daño o no; comenta además que procura seguir dietas, pero es evidente que no lo hace de manera constante, al respecto comenta “...*me siento mal por necia...*”, esa necesidad, hace referencia al hecho de que sí sabe que no debe consumir algunas cosas pero las consume y por ello luego tiene malestares físicos, y esas cosas que sabe que no debe consumir son las que se ha dado cuenta por sí misma que le

provocan malestares físicos. Ella menciona que tenía la idea de que con la alimentación naturista se “*moría de hambre*”, luego aclara que no es así, que éste tipo de alimentación es formidable.

María entonces no conoce con exactitud cuales son los alimentos más dañinos para su estado de salud, respecto de los pocos que sabe que son benéficos, no los consume de manera regular debido a su situación económica, por necia, según sus propias palabras, por necesidad y por confusión respecto de que sí y que no le hace daño como en el caso de su consumo de frutas dulces. Pero también existe una gran contradicción respecto de su situación económica, ya que comenta seguir aún una dieta naturista a base de jugos de frutas que aparte de ser muy dulces y endulzarlas con miel, algunas de ellas son bastante caras como para poder comprarlas de manera regular si es que en realidad su situación económica fuera tan difícil, por ello, no queda clara en realidad su situación económica. Pero sí queda claro que no cumple con la que debiera ser su dieta terapéutica, aunque se note en sus palabras mucha disposición y motivación para seguirla.

Finalmente, Don Santiago sinceramente si admitió que no sigue su dieta porque “*...es muy difícil...*” comenta que “se hace un alimento para todos y eso es lo que se tiene que comer...”, él generalmente come en fondas, por lo que comenta también que tiene que comer lo que allí se sirve, comenta además que “*...situación económica no permite que se hagan los tres guisados...*”, y comenta que esta es la situación de la mayoría de los diabéticos, comenta que por el tipo de guisados es que come bastante tortilla, además de que comenta que no tiene quien le cocine sus alimentos especiales, ya que desayuna con una hija, come en una fonda y cena a veces solo en su casa. Por otra parte, comenta que “*...adonde buscaría usted en San Pedro, aquí algo, algo vegetariano...*”, efectivamente señala la dificultad de encontrar en su localidad lugares donde sirvan comida a base de frutas y verduras con poca carne o grasa. Comenta que él “*...no soy golosinero, ni taquero, de la calle no...*”, sin embargo el los fines de semana si come tacos de canasta en al calle porque le gustan mucho. Comenta que no hay donde encontrar un lugar donde pueda encontrar comida sana y que además le gusta comer acompañado y comer lo mismo que los demás comen en su mesa “*...comer solito en mi casa, yo creo que hasta se me va el hambre, no...*”. Sin embargo, él tampoco hace por buscar un lugar donde vendan alimentos vegetarianos, ya que dice que le gusta mucho

comer carne porque se siente más lleno y siente que sí come, al contrario de cuando solo come verdura. Por otra parte, él tiene la costumbre de utilizar el refresco como sustituto de medicamento cuando se le baja la presión “... cuando me baja la presión me tomo una botella chiquita de coca...” y no le gusta prepararse sus alimentos porque no le gusta lavar trastes, le parece mejor gastar 30 pesos en una comida corrida y más económico. Respecto de porqué no le pide a su hija que le guise alimentos especiales él comenta: “...no me quiere recibir ni un centavo, no, ent’os tampoco puedo exigir que me haga un platillo especial... no podemos abusar, si nos están dando de comer, no podemos abusar así...”. Por último él comenta algo muy importante “...para que vengo a oír pláticas si no tengo la posibilidad de que me hagan mi platillo que debo de comer, no”

Don Santiago comenta además que no sigue una dieta adecuada debido a que no cocina él mismo sus alimentos y a que no puede exigirles a las personas que se los preparen que lo hagan; también debido a que no encuentra en los lugares que frecuenta fondas donde pueda encontrar alimentos benéficos para su salud. Por el tipo de alimentos que come justifica que come mucha tortilla, y menciona que la carne es muy importante en sus alimentos porque así siente que sí se llena y que si comió. No cocina sus alimentos porque le da flojera lavar trastes, además de que no le gusta comer solo, porque “se le va el hambre”. Toma refresco como si fuera su medicamento contra la presión baja y finalmente, no le interesan las pláticas sobre alimentación sana para personas con DM2 debido a que no considera tener la posibilidad de preparar sus alimentos del modo que le indiquen.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Las personas que padecen DM2, deben seguir una dieta terapéutica que les ayude a disminuir sus niveles de glucosa sanguínea y por lo tanto a obtener un control sobre el avance del padecimiento, con lo que obtendrán una mejor calidad de vida. Éstas dietas antiguamente eran demasiado restrictivas, en ellas, se disminuía el consumo de carbohidratos y grasas o se eliminaban de la dieta; actualmente, no es necesario privar de alimentos a las personas que padecen DM2, solo vigilar las raciones y la distribución de las mismas que se consumen, pero sí deben evitarse los alimentos ricos en grasas saturadas y disminuir la cantidad que se consume de alimentos ricos en carbohidratos, estos, deben consumirse dentro de una dieta balanceada de acuerdo a las necesidades calóricas de cada persona, en resumen, las personas que padecen DM2, pueden seguir una dieta común a toda la población, y esta dieta debe ser balanceada.

Una dieta balanceada debe convertirse en hipocalórica en caso de padecer obesidad o sobre peso, hasta lograr el peso y talla adecuados a la edad, sexo y actividad del paciente que padece DM2 (Maffei, 2003; Marín, Díaz, Motilla y Martínez, 2000 e; Islas, 2000).

Llevando una dieta balanceada, los pacientes que padecen DM2, no tienen porqué tener niveles concentrados de glucosa sanguínea, y el paciente podría incluso prescindir de su medicamento siguiendo adecuadamente su dieta terapéutica desde el comienzo del padecimiento, pero si el paciente consume alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas desde un inicio, olvidándose de las recomendaciones de los médicos, éste perderá el control sobre su padecimiento (Macía y Méndez, 1996 y; Sabaté, 2003).

Los participantes de este estudio, precisamente no han cumplido con la dieta terapéutica necesaria para controlar adecuadamente su padecimiento, éste incumplimiento se considera grave debido a las consecuencias del no cumplimiento del mismo (Wilson y Foster, 1989; Macia y Méndez, 1996 y; Sabaté, 2003).

Para estudiar las causas del incumplimiento de la dieta terapéutica en pacientes con DM2, se busco entender y explicar desde el punto de vista de la psicología social de la salud el vínculo subjetivo que establecen los pacientes que padecen DM2, con la dieta. Mucho se ha dicho respecto de las razones por las cuales un paciente no toma puntualmente o no toma su medicamento (Macia y Méndez, 1996), pero respecto de

porque los pacientes no siguen su dieta terapéutica se puede decir que existen tantas razones como individuos y subjetividades individuales y colectivas; sin embargo, pueden analizarse las subjetividades colectivas de cada grupo social a través de las subjetividades individuales, lo que dará cuenta de porqué en una comunidad determinada no se sigue adecuadamente la dieta terapéutica, con lo que podrán generarse estrategias a nivel comunitario para fomentar el cumplimiento de la dieta terapéutica en pacientes que padecen DM2, así como también prevenir a través de la dieta dicho padecimiento, tomando en cuenta que las estrategias de intervención deben proporcionarse a nivel comunitario considerando las particularidades de dicha comunidad, de ésta manera, se lograrán mejores resultados (Morales y Piña, 1995 y; Morales, 1999).

Las subjetividades colectivas provienen de la amalgama de subjetividades individuales, a su vez mediadas por dicha colectividad, ya que, el individuo como ser social se ve empapado de creencias y costumbres comunitarias que le son transmitidas en su contacto con otros miembros del grupo, él las recibe, percibe, asimila y reconstruye, recreando la realidad y convirtiéndola en su realidad, para luego a través del discurso y de los actos, comunicarla a otros miembros de su grupo, de manera que se extienda y modifique el conocimiento, según las necesidades del grupo; partiendo de las realidades individuales a una realidad social o colectiva (Abbagnano, 1994; Moscovici y Hewestona, 1984, citado en Ibáñez e Iñiguez, 1985; Simpson, 1995, citado en Birulés, 1996 y ; Baz, 1996).

A través del discurso de los participantes y gracias a su proceso de memoria, es posible encontrar las representaciones individuales de lo que ellos han percibido de su comunidad respecto de los hábitos alimenticios que deben seguir y por tanto se explicará porqué los pacientes con DM2 no siguen su dieta terapéutica, de dicho discurso de memoria se obtienen de manera directa las realidades que el participante está dispuesto a mostrar al público y, de manera indirecta, las realidades que se muestran en la lectura entre líneas de lo dicho o lo no dicho por el participante (Cinabal, 2004; Baz, 1996; Birulés, 1996 y; Cruz, 1996).

Así, analizando las palabras comunes a todos los discursos y las palabras particulares a cada uno de ellos, se dará cuenta de las subjetividades individuales que explican

porqué no hay un seguimiento de la dieta terapéutica y luego se enfocaran hacia el encuentro de las subjetividades colectivas (Birulés, 1996 y Báz, 1996). Entonces, se buscara categorizar dichas palabras y se buscara una explicación colectiva que permita diseñar estrategias de prevención e intervención para lograr el cumplimiento de la dieta terapéutica y los beneficios que con ello se obtengan.

Depurando los discursos de los participantes, se encontraron las razones principales de porqué no siguen adecuadamente su dieta terapéutica y se englobaron en los siguientes conjuntos:

I. Imposibilidad de autocontrol sobre deseos o pseudonecesidades.

- Porque sienten antojo.
- Para mitigar sus ansias.
- Porque sienten ganas, necesidad o tentación.
- Por descuido, olvido o necesidad.
- Porque les apetecen.
- Por sentirse satisfechos o llenos.
- Por probar sabores agradables.
- Porque están muy buenos o solo por probarlos.
- Por sentir que están comiendo algo.
- En el caso especial de la carne y la tortilla, porque solo así sienten que están comiendo algo o que si se llenan.
- Para no aburrirse de comer lo mismo.
- Porque si tienen esos alimentos en su casa se los comen “automáticamente”.
- Porque si no los comen sienten que “se mueren de hambre”.

II. La búsqueda de lo prohibido.

- Porque es lo prohibido y eso es lo que precisamente se les antoja.
- Porque es lo que no hay en la casa.

III. El conocimiento erróneo acerca de la dieta.

- Porque nunca les dijeron claramente que dieta debían seguir.
- Porque están seguros que sí pueden comerlos.
- Porque no están seguros si son permitidos o no.

- Porque solo los consumen de vez en cuando o con moderación y por ello no les harán daño.

- Porque no les provocan malestares orgánicos inmediatos.
- Porque saben que tienen estables sus niveles de glucosa sanguínea.
- Porque argumentan que puede comer determinado alimento si dejan de comer otro.

- Porque comen raciones pequeñas de ellos.
- Porque se están controlando con medicamentos.
- Porque aseguran que siguen su dieta terapéutica.

IV. La desidia o irresponsabilidad.

- Porque no les gusta lavar trastes o cocinar para ellos solitos.
- No se molestan en acudir a cursos o pláticas acerca de dietas balanceadas, debido a que no consideran la posibilidad de poder preparar o que les preparen los alimentos recomendados.

- Dejan en manos de Dios, cualquiera que sea su Dios o religión, el que no les haga daño algún alimento que consumen.

- Dejan en el arrepentimiento la formula mágica para obtener el perdón y evitar el castigo de comer lo que no deben que es el sentirse mal físicamente.

- Porque no encuentran lugares donde vendan alimentos vegetarianos.

V. La utilización de alternativas tradicionales.

- Por seguir dietas naturistas que incluyen jugos de frutas muy dulces.
- Porque, como en el caso del refresco de cola, lo utilizan como sustituto de medicamento para contrarrestar la hipotensión.

- Porque toman algún licuado que según ellos les permite comer de todo sin tener problemas de hiperglucemia.

VI. La mala situación económica.

- Porque solo hay esos alimentos en su casa.
- Porque no hay esos alimentos en su casa.
- Porque son los alimentos que les regalan.
- Porque no tiene los medios económicos para comprar diversos alimentos.

- Porque la situación económica no permite que consuman los tres guisos.

VII. La búsqueda de la convivencia social.

- Por que es lo que hay en los lugares donde acostumbran asistir a comer
- Por no comer solitos o sentirse acompañados.
- Por no exigir en el lugar donde comen que les preparen alimentos especiales.
- Por comer lo mismo que los demás a la mesa, es decir sentirse parte de un grupo.

Por último, las razones por las cuales ellos dejan de consumir algún alimento sea permitido para su condición de salud o no, son las siguientes:

- Porque les provocan malestar orgánico.
- Por que su condición física no se los permite.
- Si no les gusta su sabor.
- Si no tienen dinero para comprarlos.
- Porque no les gusta prepararlos.
- Porque no tienen quien se los prepare

El saberse enfermo de DM2, puede provocar depresión, ya que este padecimiento se interpreta como un paso directo a la muerte biológica y/o muerte al goce de los placeres terrenales, por ejemplo, Graciela comenta: *“me sentí triste y no, porque dije bueno, si mi mamá la tiene y yo también, pues nos vamos a ir juntas...”*; Isabel, por su parte comenta lo siguiente: *“...sí, la verdad sí sentí triste, porque ya pensaba que ya no iba a hacer mi vida normal, no.”*; Estas manifestaciones de tristeza, son más que eso, son resignación al padecimiento, lo que impide que quienes padecen la enfermedad tengan interés por lograr una buena calidad de vida; en el caso de Isabel, ella se detecto durante la entrevista desganada, deprimida y con pocas ganas de cumplir con su tratamiento en general *“...no tengo ganas de hacer nada y prefiero dormirme un ratito...”* (Islas, 2000); estas ganas de hacer nada, precisamente son síntomas de depresión, pero la depresión, es más que un estado emocional, también es un estado biológico que impide que el organismo lleve a cabo sus funciones normales, por lo que existe un menor control de la glucemia (Lammoglia, 2001). También la negación de la enfermedad impide que se cumpla la dieta terapéutica como es el caso de doña Berta, quien durante cuatro años negó su enfermedad y tuvo que sufrir una fuerte crisis para comenzar con el proceso de aceptación y de intentar seguir su dieta, este proceso de negación-aceptación, también

esta mediado por el hecho de que se interpreta la enfermedad como un paso a la muerte, por ello, las personas se niegan precisamente a morir, en ambos sentidos de muerte aquí mencionados, que son morir a una buena calidad de vida y morir biológicamente de forma prematura.

La interpretación de muerte prematura y la consecuente negación del padecimiento, pueden ser consecuencia de la ignorancia respecto del mismo o de cómo tratar este para lograr el control de la glucemia, lo que ocasiona deficiencias en el cumplimiento de la dieta terapéutica, como es el caso de tomar refresco de cola para contrarrestar la hipotensión y los mareos que ésta ocasiona, cuando debieran por ejemplo, comer una fruta dulce y recostarse un momento hasta recuperarse (SamFyC, 1998), esto resultaría menos dañino para su salud; otro ejemplo, es cuando dicen que si comen poco o de vez en cuando algún alimento rico en carbohidratos o en grasa éste no les hará daño.

La ignorancia puede ser producto de la mala información que proporcionan los profesionales de la salud, cuando no les comunican a sus pacientes la dieta que deben de seguir o cuando no lo hacen de la forma correcta, cuando por dar una información rápida y superficial el paciente malinterpreta la información como el caso de Don Carmelo quien asegura que ya está curado y por tanto puede dejar de tomar su medicamento y de seguir su dieta terapéutica.

La información que los pacientes reciben al interior de su comunidad cuando están en contacto con personas que ya padecen la enfermedad o que “saben” algo de la enfermedad, fomenta dichos como que: *“la enfermedad es producto de tomar agua después de un susto”* (tomado de dichos populares), o decir que como sí existe cicatrización rápida no se padece la enfermedad, como piensa Don Álvaro; de manera que con éstas creencias se da poca importancia al papel de la dieta en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Si se da poca importancia al papel de la dieta terapéutica en el tratamiento de la enfermedad, es más fácil caer en la búsqueda de justificaciones para poder seguir disfrutando del placer de comer, sin duda comer lo que cada quien acostumbra y gusta y, hacerlo en compañía de la familia o de los seres queridos, resulta un verdadero placer (Bass, Wakefield y Kolasa, 1979), por ello, los pacientes buscan evitar las restricciones tanto alimenticias como sociales que implica llevar una dieta terapéutica (Mendoza,

Velásquez, Antonieta, Pego, Campero, Lara y Figueroa, 2000), aunque una dieta balanceada solo supone cambios en las raciones que se consumen de los distintos tipos de alimentos y en la forma de prepararlos; por supuesto, esto para los pacientes, incluye la ingesta de algunos alimentos que no acostumbraban como es el caso de frutas y verduras y la restricción de alimentos muy valorados como las carnes; socialmente, el cambio de dieta implica que no siempre podrán consumir lo mismo que sus compañeros a la mesa, quienes, si no padecen este tipo de enfermedades, no necesitan modificar sus hábitos alimenticios. Por ello, los pacientes diabéticos prefieren el control de la DM2 a través del medicamento que a través de la dieta (Mendoza, Velásquez, Antonieta, Pego, Campero, Lara y Figueroa, 2000), pues no se están tomando en cuenta sus particularidades en cuanto a su edad, actividad, economía y hábitos alimenticios (ADA; EASD, e; Islas, 2000). Pero, ¿Cómo tomar en cuenta los gustos de los pacientes con DMII, si ellos prefieren los alimentos ricos en grasas y carbohidratos?

Existe un problema para conciliar los hábitos alimenticios de los pacientes con DM2 y la introducción de cambios en ellos, los autores mencionan que una adecuada información y educación diabetológica debieran ser suficientes para lograr estos cambios (ADA; EASD; SamFyC, 1998 y; Meichenbaum y Turk, 1987, citados en Macía y Méndez, 1996), evidentemente no es así, muchos pacientes incurren en la falta de adherencia a la dieta terapéutica aún si su médico les indica qué sí y qué no deben consumir (Sabaté, 2003).

Como es el caso Don Carmelo, Don Álvaro, Doña, Berta, Doña Graciela, Doña Luisa, y Don Santiago, pero ellos, como Doña María no están seguros de que es exactamente lo que no deben comer, a excepción de los azúcares y de las carnes rojas. Éste es un dato que resulta relevante, pues son precisamente los alimentos dulces o muy dulces y las carnes rojas lo que los participantes más valoraban dentro de su dieta habitual antes del diagnóstico de DM2. También están seguros de que deben comer muchas verduras y son precisamente éstas las que prefieren no comer o comer poco debido a que no sienten que estas les hagan sentirse llenos o satisfechos; pero no saben que frutas deben comer y cuales debieran evitar, no están seguros acerca de los alimentos de origen animal como quesos, cremas, huevos, mantequillas y tampoco están seguros que cereales es preferible consumir y en qué cantidades, así como tampoco están

seguros acerca de las leguminosas; estos alimentos generalmente se consumen como acompañantes en los platillos principales por ello no son considerados como demasiado agradables o desagradables, esta es la razón por la que éstos tipos de alimentos no son tomados en cuenta a la hora de recordar que alimentos si pueden consumir y cuales no. Ignorar esta información puede ser un error grave, pues algunos cereales, los tubérculos y las leguminosas pueden contener gramos altos de carbohidratos, así como los alimentos de origen animal pueden contener altos gramos de grasas saturadas (Lara, 2001), con lo que su consumo aún como acompañantes de los platillos principales, aumentan de manera considerable la glucosa sanguínea; es el caso de Doña Berta que por las noches come pan con mantequilla y de Doña María que come muchas leguminosas, ambas creyendo que siguen una dieta balanceada porque no comen demasiada carne ni azúcares muy seguido.

No es suficiente entonces proporcionar una buena información a los pacientes que padecen DM2, acerca de qué alimentos son permitidos y cuales no; es necesario captar la atención del paciente hacia todos los grupos de alimentos para que éste pueda asimilar de manera adecuada y sin lugar a dudas dicha información, por ello, no puede culparse solo a los profesionales de la salud por no proporcionar una buena información, también el paciente es responsable de tomar atención en ésta y por supuesto de seguirla como se le indica. Aunque algunos profesionales de la salud se limitan a sugerir a los pacientes que coman muchas verduras, y disminuyan el consumo de grasas y carbohidratos dejando fuera las indicaciones acerca de los otros grupos de alimentos y los pacientes no siempre tienen claro qué alimentos contienen carbohidratos y grasas y qué alimentos de entre las verduras deben consumirse con moderación como las verduras del grupo B. Aunado a esto, ninguno de los participantes menciono que su médico les diera sugerencias acerca de cómo podían preparar sus alimentos. Es decir, no tienen claro que alimento forma parte de cada grupo de alimentos, saben que deben incluir algunos que no consumían en su dieta y, no tienen claro como deben preparar dichos alimentos, ¿cómo entonces se espera que modifiquen adecuadamente su dieta?

Por cultura, se conocen en cada comunidad pocas formas de preparar los alimentos habituales, por lo que es necesario que los pacientes aprendan nuevas combinaciones de éstos y que estas combinaciones de alimentos, sean ricas y saludables para lograr el

cumplimiento de la dieta terapéutica, ya que los participantes se inclinan por consumir lo que les parece agradable al paladar. Pero aún educando acerca de los grupos de alimentos y de nuevas formas de prepararlos y combinarlos, los pacientes evitan seguir su dieta terapéutica; es el caso de Don Santiago, quien menciona que no se molesta en asistir a pláticas acerca de cómo preparar sus alimentos ya que ni siquiera considera la posibilidad de poder prepararlos o de que se los preparen. El impedimento de Don Santiago es de tipo social ya que no considera que deba exigir a su familia que le preparen alimentos especiales porque le parece una falta de respeto, no le gusta comer solo así que come en compañía de su novia en fondas locales donde no precisamente se sirve comida saludable y aún cuando puede acceder a lugares donde se sirva comida más saludable los fines de semana, prefiere los tacos de canasta, porque simplemente le gustan más; finalmente, por flojera y depresión no le gusta cocinar ni comer solo en su casa. ¿Que necesitan entonces los pacientes que padecen DM2 para cumplir con su dieta terapéutica y para dejar de consumir alimentos que saben que les hacen daño, así como para consumir alimentos que les ayudan a controlar la glucosa sanguínea?

Seguramente no es una motivación familiar la que necesitan, porque todos ellos tienen algún pariente cercano con quien quieran estar, y aún así no siguen adecuadamente su dieta terapéutica, no es la situación económica porque aún Doña Graciela y Doña María que son las que más problemas económicos tienen pueden comprar lo necesario para hacer espagueti en lugar de ensaladas o comprar complementos alimenticios en lugar de seguir una dieta balanceada; de manera que ninguno de los participantes vive en una situación de pobreza extrema, como para argumentar que por dinero es que no cumplen con su dieta terapéutica, Otras justificaciones muy socorridas, además de la situación económica entre los participantes, fueron los llamados antojos y las tentaciones, el decir que comen algún alimento por antojo o tentación, es delegar en otro, sea objeto o ente, su responsabilidad sobre lo que ellos deciden o no consumir, ya que lo que se les antoja o les provoca tentación es precisamente lo prohibido y eso que tiene carácter de prohibido generalmente es lo que más les gusta, como el caso de los postres y bebidas dulces.

En realidad, los pacientes requieren ver y sentir de manera tangible que un alimento les esta haciendo daño para dejar de comerlo, como en el caso de Don Álvaro por

ejemplo, pero, las características del padecimiento, no permiten que los pacientes vean de manera inmediata el daño que les provoca no seguir su dieta terapéutica, pues apenas y son perceptibles los síntomas característicos de la DM2 y se dice que éstos son causa de la DM2, no de una mala dieta. Los pacientes también dejan de comer alimentos a causa de algún impedimento físico como el caso de Don Carmelo, pero no todos los pacientes tienen este tipo de impedimentos, así que, literalmente, pueden comer lo que desean, excepto, lo que no desean comer, es decir, lo que no les gusta, no les apetece, o no se les antoja, aquellos alimentos que por alguna razón no les agradan, como a Doña Berta, que le desagrada tanto el olor de la carne de puerco, que prefiere abstenerse algunas veces de comerla; el hecho de rechazar algunos alimentos entonces, tiene que ver con la cultura gastronómica de una comunidad, donde algunos alimentos son agradables y otros desagradables a la gran mayoría de la población, claro, cuando no se trata de alimentos que les provoquen malestares físicos inmediatos o que por condiciones físicas de tipo bucal o estomacal no puedan consumir.

La presencia de las subjetividades colectivas que influyen las percepciones y las acciones de las personas entrevistadas, son evidentes además, cuando hablan de preparados especiales como los licuados de Xoconostle, como sustitución de su medicamento y de una dieta balanceada; de los “antojos”, las “tentaciones” o la búsqueda de compañía; estos ejemplos, son las representaciones de los hechos reales que han formado para sí los participantes, basados en los dichos y la cultura popular.

El medio donde se desarrollan los participantes, también es importante para describir sus hábitos alimenticios, éste es un medio suburbano, donde la amalgama de culturas entre el México moderno y el México tradicional han creado una cultura gastronómica, que va, desde los típicos platillos mexicanos como el Mole, el pozole, las carnitas, la barbacoa, las quesadillas, sopes, huaraches y tacos; hasta las hamburguesas, el hot dog y la pizza, por mencionar algunos alimentos. Todos ellos ricos en grasas y/o carnes, con lo que se demuestra lo que es valorado en la comunidad, pues son éstas las favoritas a la hora de elegir alimentos. Y que decir de los postres, se acostumbran desde los mexicanos coquitos y tamales hasta los helados, panes y pasteles comercializados bajo marcas extranjeras reconocidas. En las reuniones sociales, las bebidas alcohólicas no pueden faltar y se puede servir desde el Mexicanísimo pulque, hasta el Whisky

Norteamericano; aquellos que no consumen bebidas alcohólicas eligen las tradicionales aguas frescas o los refrescos (Esparza, 1999). Estos alimentos además de ser consumidos en los días de fiesta o de descanso, también se convierten en los alimentos cotidianos al interior de la familia. De allí, que, cuando se les sugiere a los pacientes consumir mayor cantidad de verduras y disminuir las cantidades de carne que consumen, éstos ven el fin del goce gastronómico a cambio de “comer pasto” (tomado de dichos populares), y es que, en la comunidad, los platillos típicos para los campesinos, son los quelites, los hongos, verdolagas, nopales y maíz, o cualquier alimento que produzca la tierra donde ellos viven y la que cultivan y consumen poca carne; aunque también los habitantes de clase media consumen esos alimentos, lo hacen en menor cantidad y esporádicamente también “por antojo”, esto es porque no tienen la cultura ni la costumbre de comer platillos preparados a base de verduras y/o de carnes blancas, cocinados con poca o nula cantidad de grasas y, de seguir una dieta terapéutica balanceada y disminuida en carbohidratos y grasas, en las fiestas tendrían que conformarse con comer solo los nopales y el arroz o frijoles, como lo hace Doña María, privándose de las carnes, pues comúnmente se sirven de cerdo, res o Borrego y las carnes blancas a menudo se sirven acompañadas de salsas hechas a base de crema y quesos grasos, de manera que al final de la lista de alimentos prohibidos que les proporcionan los médicos o profesionales de la salud a los pacientes de la comunidad, ellos concluyen que ya no pueden comer “nada”, como opinan Don Álvaro y Don Santiago.

Bajo estas circunstancias, los pacientes necesitan un gran apoyo familiar para cumplir medianamente con la dieta como el que recibió Doña Luisa, creer que solo será por un periodo corto de tiempo para llevarla a cabo como Don Carmelo, ó definitivamente abstenerse de cumplirla como lo ha hecho Don Santiago, pasando por los puntos intermedios claro, donde los pacientes intentan cumplir con la dieta sin lograrlo como Doña Berta, Doña María, Doña Graciela, Don Álvaro y Doña Luisa, o dicen intentar cumplirla cuando en realidad no lo hacen como Doña Isabel y Don Carmelo.

Para explicar porqué las personas que padecen DM2 no siguen la dieta prescrita por los médicos, ya sea porque consumen alimentos no permitidos o porque dejan de consumir alimentos benéficos para su salud, y según las subjetividades individuales de

los participantes, se proporcionan las siguientes causas resumidas en 8 categorías generales:

1. El desconocimiento de lo que constituye su dieta terapéutica por falta de información, mala información o mala comprensión de la información.
2. El deseo de lo prohibido que también es lo más agradable, fácil y que les produce placer.
3. La falta de autocontrol para no ceder ante sus deseos.
4. La falta de auto-responsabilidad para con el cuidado de su propia salud.
5. El apego a sus hábitos alimenticios anteriores al padecimiento.
6. La negación del padecimiento.
7. La depresión, resignación y miedo y, finalmente;
8. La economía.

(Mason, 1975), también menciona el estrés, como factor determinante para la elevación de la glucemia, ya que éste impide que se realicen una serie de conductas necesarias para el control de ésta, entre ellas, el seguimiento de la dieta terapéutica, este incumplimiento se ve precedido por tensiones y conflictos emocionales como es el caso de Doña Berta, que tuvo conflictos al momento de su primer diagnóstico y por ello decidió no seguir su dieta. Y, ¿Como no tener conflictos y tensión, en el caso específico de la dieta si se está privando a los pacientes de consumir lo que más les gusta? Ya que con ello, se sienten aislados del resto de la población. Esta puede ser una de las causas de los sentimientos de insatisfacción, tristeza y sentimiento pesimista que presentan (Krall, 1992; citado en Lara, 2001). Por supuesto que además de la dieta, otra causa de estos sentimientos es el concepto que tienen de que la DM2 es igual a la muerte a los placeres terrenales o muerte biológica.

Los participantes de este estudio, según su subjetividad en la que están inmersos, se perciben como personas que por causa de su padecimiento están a punto de morir, aún cuando no lo mencionen como tal y solo hablen de “ganas de vivir” como lo hace Doña María, pero aún esas palabras reflejan el carácter trágico que se le otorga al padecimiento, se perciben como personas privadas de su dieta cotidiana, de los sabores, colores y texturas que les son agradables, se perciben aisladas de sus familiares o amistades por no poder compartir en la mesa los alimentos, se perciben impedidos de

llevar a cabo su vida como habitualmente lo habían venido haciendo desde antes del diagnóstico y se perciben culpables por no cumplir con los requisitos necesarios para lograr un buen estado de salud, y que decir de la ansiedad, miedo y deseo (Krall, 1992; en Lara, 2001) que sienten al mirar un alimento que no deben probar, al desear hacerlo y saber que las consecuencias de ello son terribles para su estado de salud. Finalmente toman la decisión de consumir ese alimento y para eliminar la culpa recurren a las justificaciones económicas “*si no tengo dinero pues entonces no puedo comprar mis verduras...*” como argumenta Doña Graciela o Doña María “*la situación económica es lo que a veces no se presta como para, para poder llevar una dieta en forma...*”; recurren a las justificaciones divinas donde un ente maligno les causa tentación y los vence “*...a veces vencemos la tentación y a veces no...*” o a las justificaciones sociales, como la necesidad de comer lo mismo que los demás a la mesa, o el no tener quien les prepare los alimentos que requieren.

Con estas justificaciones ellos se evitan la culpa y la responsabilidad de aceptar que se están autodestruyendo y que prefieren no sufrir cumpliendo sus deseos de consumir lo que les gusta a cambio de un sufrimiento biológico futuro, como el hecho de desarrollar una enfermedad consecuente a la DM2. Otra alternativa viable para ellos es negar el padecimiento y con ello tienen acceso libre y sin culpas a los placeres antes mencionados, ya que no pueden sentirse culpables de lo que en sí mismo no es causa de culpa, pues no existe.

Con lo anterior, no se está intentando determinar una personalidad diabética, ya que se está tratando con subjetividades individuales provenientes de subjetividades colectivas que varían de comunidad en comunidad (Fernández y Pérez-Álvarez, 1996); solo se busca categorizar un conjunto de razones por las cuales los pacientes que padecen DM2, miembros de un grupo social en específico, no siguen la dieta terapéutica recomendada por los profesionales de salud. Éstas razones provienen de un conjunto de “creencias sobre la salud, que constituyen un grupo de actitudes y valores sobre la misma que se traducen en formas de comportamiento saludables o nocivas” (Ortiz, 1998). Estas formas pueden ser muy parecidas entre los distintos miembros de un grupo, con lo cual se pueden crear estrategias de intervención a nivel comunal.

Así, se ha encontrado que los participantes están concientes de que están incurriendo en conductas nocivas para su salud, pero no quieren abandonar éstas, entonces buscan justificaciones dentro de este tipo de categorías, aunque no siempre de manera premeditada, para evadir la responsabilidad que tienen para consigo mismos y para con su salud. Aunque no todas estas categorías son justificaciones construidas, algunas de ellas, como la mala educación diabetológica o la ausencia de esta, no son situaciones internas sino externas que solo los profesionales de la salud podemos resolver, por supuesto trabajando en conjunto con el gobierno y la población, para lograr luego, una buena calidad de vida en los pacientes que padecen DM2 y en sus familiares.

Pero, las personas que padecen DM2, hablarán respecto de su calidad de vida según como ellas la perciben basados en las subjetividades colectivas en que están inmersas desde pequeñas, donde tener una buena calidad de vida implica seguir disfrutando y practicando los hábitos alimenticios que acostumbraban antes de saber el diagnóstico de su padecimiento, con lo que el no poder llevar a la práctica dichos hábitos alimenticios se interpreta como un déficit en su calidad de vida, ya que no pueden considerar “vida con buena calidad” aquella que miran como una vida truncada, una vida muerta a los placeres que acostumbran, una vida vacía llena de “nada” y precisamente hablando de hábitos alimenticios; Este es el vínculo subjetivo que establecen los pacientes diabéticos con la dieta, la convierten en el centro de sus placeres tanto biológicos como psicológicos y sociales, o en el centro de sus restricciones, temores, culpas y depresiones. Es alrededor de la comida que además disfrutan de una vida social al interior y fuera de la familia, donde, como toda actividad donde se busque socializar, al menos en México, tiene como uno de sus ejes más importantes, el disfrute de los alimentos. Por ello, no importa que tan elevados o qué tan controlados crean que tienen los niveles de glucosa sanguínea, ellos se permiten los pequeños placeres de disfrutar de lo prohibido, no importa si las consecuencias de la DM2 son tan graves que algún órgano de su cuerpo pierda la vitalidad, ellos desean “acabarse hasta el último diente”, hasta el último aliento de vida gozando y disfrutando de aquello que desde el momento del nacimiento aprendieron a disfrutar, “el alimento”, como medio y símbolo de satisfacción corporal y social.

La propuesta entonces viene, en función de modificar las subjetividades colectivas, no hacia un cambio en el vínculo subjetivo del paciente diabético con la dieta, pues, éste desde épocas prehistóricas no a logrado modificarse por la naturaleza, por ser de manera natural una necesidad básica orgánica y de manera construida una necesidad social; lo que se busca es un cambio a nivel de cultura alimenticia que permita sustituir aquellos alimentos culturales tan dañinos, por alimentos más sanos de manera que el niño desde pequeño establezca un vínculo con éste tipo de alimentos y no con aquellos dañinos para su salud, no se busca tampoco eliminar culturas alimenticias, pues en la diversidad esta el gusto, pero sí se busca, por ejemplo, disminuir el valor de la carne en la preparación de los alimentos y aumentar el gusto por las verduras y fibras tan saludables para la población en general. Se busca una educación diabetológica integral que no permita lugar a dudas o errores en cuanto a lo que el paciente comprendió acerca de cómo controlar su padecimiento, pero, que pasa si como Don Santiago, simplemente argumentan que no pueden llevar a cabo éstas indicaciones y no hay motivación alguna que pueda hacerlo desistir de disfrutar lo prohibido, acaso buscar grupos de apoyo, pero no le gusta cocinar para él solo ni lavar sus trastes, no le gusta comer solo. Vienen entonces las propuestas a nivel comunal donde deben crearse espacios de convivencia saludable para los pacientes, lugares donde encontrar alimentos sanos, en fin, es necesario reconstruir una cultura de hábitos alimenticios más saludables, a nivel preventivo comenzando desde los niños pequeños, a nivel de intervención, creando esos espacios de convivencia saludable, hasta los adultos mayores, quienes como se ha notado, generalmente, luego que los hijos se van y que la pareja hace falta, se quedan solos y en constante búsqueda de compañía. Finalmente, hay pacientes que por su edad y gravedad no esperan más acceder a un estado de vida saludable o de buena calidad de vida, también hay que entender las subjetividades de estos pacientes y proporcionar o permitir lo que ellos juzgan agradable y lo que les da una sensación de buena calidad de vida, ya que la calidad de vida solo puede ser juzgada por el propio paciente y por nadie mas.

CONCLUSIONES.

El objetivo del presente trabajo fue analizar desde el punto de vista de la psicología social de la salud cuales son las causas subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2. Para ello se formularon tres objetivos específicos que fueron: analizar el discurso de los pacientes que padecen DM2 para encontrar las razones subjetivas de su incumplimiento; analizar las razones subjetivas del incumplimiento de la dieta terapéutica de los pacientes que padecen DM2, para encontrar las subjetividades colectivas que dan pie a las subjetividades individuales, y; sugerir cuales deben ser los focos de atención en cuanto a las subjetividad de los pacientes que padecen DM2, para lograr el cumplimiento de la dieta terapéutica.

Para cumplir con éstos objetivos, se elaboraron cuatro categorías de análisis que fueron: descripción general de los participantes; impacto emocional al momento del diagnóstico; seguimiento general del tratamiento, y; el impacto de la dieta como tratamiento terapéutico.

De ésta manera se presenta en primer lugar la discusión de las categorías de análisis y posteriormente las conclusiones generales.

LA DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES.

Respecto de ésta categoría, más que una conclusión a lo discutido en el análisis de resultados, se comentan las generalidades de la población en estudio, para lograr la comprensión de las conclusiones del resto de las categorías de análisis.

Los participantes de este estudio fueron adultos mayores, de entre 55 y 74 años de edad, excepto por don Carmelo, ninguno de ellos tiene actualmente actividades laborales remunerativas, son amas de casa o jubilados. Todos ellos desarrollaron el padecimiento de la DM cuando ya eran adultos mayores de 40 años, lo que los ubica en la categoría de personas que padecen DM2, esto además es comprobable al revisar cual es el tipo de medicamento que ellos toman para controlar sus niveles de glucosa sanguínea, los cuales básicamente son medicamentos orales, hechos para controlar los niveles de glucosa sanguínea a base de silfonilureas o biguanidas (Diario Oficial de la Federación, 1999);

ninguno de ellos necesita aún inyecciones de insulina, con lo que se confirma que padecen DM2. Y precisamente en el padecimiento de la DM2 es donde la dieta juega un papel primordial para el tratamiento y control del mismo (Maffei, 2003).

Todos los participantes del estudio radican en el municipio de Nicolás Romero, el cual es un municipio considerado dentro de la línea del área metropolitana de la Ciudad de México. Por lo que el discurso de todos ellos, da cuenta; tomando como referencia la narración de sus percepciones; de las subjetividades colectivas de dicha comunidad en cuanto al tema sobre el que gira el presente estudio, “la Dieta en pacientes que padecen DM2”. Ellos son miembros de diversos grupos socioeconómicos y geográficos al interior del municipio, lo que permite analizar las diversas culturas alimenticias que sobreviven en la comunidad (Ver anexo 4), y como esas culturas influyen para que se desarrolle el padecimiento de DM2. Cumpliendo de esta manera con uno de los fines de la psicología social de la salud, que es analizar a nivel comunitario las subjetividades colectivas que influyen en determinados padecimientos para así lograr una mejor atención individual para los miembros de dicha comunidad (Morales, 1999).

Por último y para entender la narración de las representaciones de los participantes respecto del incumplimiento de su dieta, debe tomarse en cuenta que ninguno de ellos sufre de manera grave y evidente las enfermedades consecuentes a la diabetes, es decir, aunque existen fuertes padecimientos de falta de circulación, retinopatía diabética, problemas bucales e infecciones recurrentes, entre otras, aún no han sufrido problemas como gangrena, pérdida total de la vista, nefropatía, o la extracción de un miembro de su cuerpo. Por ello es que aún no consideran como real que algunos de sus problemas de salud se deben al mal control de la glucemia sanguínea. Esto de acuerdo con que las actitudes, creencias, cogniciones, síntomas y como se manifiestan esos síntomas además de cómo los interpreta el individuo; determinan, desde el punto de vista psicosocial, como el individuo vive su proceso salud-enfermedad (Morales, 1999).

IMPACTO EMOCIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

El impacto emocional y subjetivo que vive el paciente al momento del diagnóstico, influye fuertemente en el posterior seguimiento del tratamiento terapéutico,

específicamente influye sobre el seguimiento de la dieta terapéutica. Esto a raíz de la percepción que el paciente, se forma respecto del padecimiento desde que entra en contacto por primera vez con el en su entorno social, hasta que se entera que él mismo lo padece. La influencia mayor sobre el seguimiento de la dieta terapéutica se da justo a partir de la forma como el profesional de la salud le proporciona al paciente la noticia de que padece la enfermedad y que procedimientos debe seguir para controlarla (Islas, 2000). A partir de éste momento, el paciente ya no ve el padecimiento como un ente externo a su organismo, sino que lo mira ahora como un ente interno que llegó para quedarse, aunque para los pacientes no es fácil aceptar éste último hecho, ya que no toman conciencia de manera inicial de su padecimiento y mucho menos, admiten que se trata de una enfermedad crónica con la que vivirán el resto de sus vidas aún cuando logren controlarla, nuevamente se nota que el proceso de aceptación tiene que ver con la manera como el paciente percibe y representa los síntomas de su enfermedad (Morales, 1999).

Si los profesionales de la salud realizan un diagnóstico correcto y posteriormente informan de manera adecuada al paciente acerca del padecimiento, el paciente comenzara adecuadamente el proceso de adaptación y aceptación subjetiva del mismo, pero si no, el paciente negará y rechazara el padecimiento en su persona y rechazara seguir el tratamiento adecuado para controlarlo, en el entendido de que, si no lo padece, no hay nada que controlar, lo cual también tiene que ver con que una característica de los pacientes recién diagnosticados tienen predominancia de pensamientos pesimistas respecto del padecimiento (Montoya 2004), por ello habrá un déficit en el seguimiento del tratamiento y, por lo tanto habrá pérdidas considerables de tiempo en la lucha por evitar el deterioro del organismo.

El paciente, al rechazar o negar su padecimiento incurre en el incumplimiento del tratamiento en general, pero principalmente en el incumplimiento de la dieta terapéutica, en primer lugar porque asume que no padece DM2, en segundo lugar porque no le duele nada al comienzo del padecimiento, incluso al momento en que le comunican el diagnóstico es muy probable que el paciente ya tenga cerca de diez años de padecerlo sin darse cuenta y los primeros síntomas, que son el motivo por el cual buscan asistencia médica, aún no son severos, lo cual, para el paciente, es una prueba de que no es verdad

que padece DM2; respecto de estos malestares, los pacientes buscan una serie de explicaciones relacionadas con otro tipo de padecimientos para ellos menos graves de manera que difícilmente aceptan que éstos malestares son consecuencia de la DM2. En tercer y último, lugar, el paciente incurre en el incumplimiento terapéutico, porque puede existir un mal entendido al momento del diagnóstico, en donde el paciente cree que el padecimiento es de tipo agudo y por tanto, una vez que desaparecen los síntomas comunes del padecimiento, piensan que ya están curados y vuelven a su vida habitual, donde los hábitos de alimentación y ejercicio, son generalmente los que mantienen el estado de glucosa sanguínea alta.

Dentro de las subjetividades colectivas, se observa que la población percibe el padecimiento de DM2, como un sinónimo o incluso símbolo de muerte prematura, por ello, existe gran cantidad de pacientes que al momento del diagnóstico, reportan desde leves hasta severos síntomas de depresión y por supuesto negación, además de temor y angustia al no saber a que se van a enfrentar, ya que lo que conocen del padecimiento es poco y muchas veces erróneo, además que, seguramente los casos cercanos a ellos de DM2, los han conocido hasta el momento de una consecuencia grave como es pérdida de la vista, amputación, diálisis o muerte, sin saber que para llegar a ese estado degenerativo, es necesario haber padecido por muchos años la DM2 y haber tenido mínimo control de la glucosa sanguínea (Islas, 2000; Krall, 1992 en Lara, 2001; Montoya, 2004 y; Mendoza y Cols, 2000). Pero, por esta mala información el padecimiento se conoce al interior de la comunidad como sinónimo de muerte dolorosa; si a ello se suma que al momento en que se comunica el diagnóstico no se proporciona la información y atención adecuadas, en primer lugar se le estará comunicando de manera subjetiva al paciente que pronto va a morir y en segundo lugar, se estará provocando que el paciente haga todo lo posible por hacerse creer a sí mismo que no padece la fatal enfermedad. Aunado a esto, la información proporcionada al momento del diagnóstico al paciente, generalmente es de carácter restrictivo, es decir, se le menciona que además de padecer una enfermedad de tipo crónico degenerativa, él debe restringirse de una serie de cosas y alimentos, para poder intentar controlarla. Además de tener que tomar medicamentos de por vida, pedirle a un paciente que modifique sus hábitos sociales y alimenticios a favor de su salud resulta fácil de mencionar, pero para el paciente difícil

de cumplir, pues como algunos de ellos lo mencionan, “sienten que ya no pueden comer nada”, sienten frustración. Pues no pueden consumir nada de lo que ellos acostumbran, aunque mucho de lo que no les gusta, no conocen, o no forma parte de sus hábitos alimenticios. Lo mismo se dice de las reuniones sociales, se ven restringidos a consumir solo determinados alimentos y bebidas que, en una reunión social difícilmente van a encontrar o que les va a dificultar la socialización con los asistentes, ya que a todo lo que les ofrezcan ellos deben decir que “no” y les parece penoso llevar sus propios alimentos y bebidas, convirtiéndose el hecho de seguir una dieta especial, en un asunto de etiqueta o de diplomacia, por decirlo de alguna manera (Corona, 1998), donde si el individuo no comparte en la mesa los alimentos y los modos de consumirlos, se encontrará aislado de su grupo social. Sin embargo, en algunos casos, el momento del diagnóstico no causa malestar al inicio, sino alegría al sentir que acompañan a algún familiar muy querido hacia la muerte, o sienten tranquilidad al saber que ese padecimiento es menos grave que otros padecimientos como el cáncer, pero aún en estos casos, se marca la percepción de lo grave en el padecimiento y por supuesto no deja de existir la sensación de restricción respecto de los alimentos que no pueden consumir o frustración al saber que lo que esta a su alcance económico no es lo que ellos deben consumir, pero no tienen otras opciones, ni quieren encontrarlas, pues eso significaría el término del goce alimenticio y la necesidad de buscar otras excusas que les eliminen la culpa de no seguir su dieta terapéutica, siempre y cuando, al momento del diagnóstico les hayan especificado cual es ésta.

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que el vínculo subjetivo que establece el paciente que padece DM2 al momento del diagnóstico, generalmente es de carácter negativo; de frustración., donde la cultura popular dictamina que la DM2 es un padecimiento que provoca muerte, dolor, restricciones sociales y alimenticias. Por ello, siguiendo las pautas de trabajo de la psicología social de la salud, se requiere modificar la cultura popular educando a la población en general en torno al tema, educando a los profesionales de la salud acerca de cómo proporcionar la noticia del diagnóstico, pero sobre todo, vigilar que éstas acciones se lleven a cabo de manera correcta atendiendo a las necesidades de la comunidad y fomentando que la comunidad asista y lleve a cabo las indicaciones.

EL SEGUIMIENTO GENERAL DEL TRATAMIENTO.

Como se describió en el apartado anterior el vínculo subjetivo que establecen los pacientes que padecen DM2, con el padecimiento al momento del diagnóstico, es negativo, ya que tienden hacia el rechazo y negación de la existencia del mismo en su persona, por tanto incurren en el incumplimiento del tratamiento terapéutico, en el entendido de que si no se padece la enfermedad, o si esta no es grave, no hay razón para llevar a cabo acciones que posibiliten el control de la misma a corto o largo plazo. Pero el incumplimiento del tratamiento terapéutico en general obedece según el pilar de tratamiento del que se hable, a otras causas subjetivas además de una mala información a momento del diagnóstico y el consiguiente vínculo negativo con el padecimiento.

Cabe recordar que el tratamiento esta basado en tres pilares, medicamento, dieta y ejercicio, los cuales se complementan con la educación diabetológica, creada específicamente para dar información acerca de la naturaleza del padecimiento, de lo que debe llevar a cabo el paciente para controlarlo y acerca de cómo realizar estas acciones (SAMFyC, 1998). Esta educación debe estar basada en el conocimiento de la comunidad a la cual se lleva el servicio, ya que cada comunidad es particularmente diferente en cultura y costumbres, por tanto, no en todas las comunidades es necesario incluir el mismo tipo de tratamiento y educación así como modificación de hábitos en general, ya que algunas comunidades pueden ya contar con ciertos hábitos y costumbres positivos para el control de la enfermedad y algunas otras pueden carecer de algunos o de todos los hábitos saludables; Para la educación diabetológica, se debe poner énfasis en el cumplimiento de los tres pilares del tratamiento ya que la mayoría de los pacientes no han padecido enfermedades crónicas por lo tanto, no están acostumbrados a tomar medicamentos de por vida, pues solo los han tomado para tratar enfermedades agudas, lo que coincide con lo que (Hulka y Burdette, 1976), comentan acerca de que el paciente no responde adecuadamente a tratamientos largos, por lo que los pacientes que padecen DM2, difícilmente realizan algún tipo de ejercicio, sobre todo los adultos mayores y por supuesto, la dieta que consumen, generalmente no es adecuada para controlar su padecimiento. Para proporcionar educación diabetológica, se debe poner especial cuidado en el tipo y cantidad de ejercicio que se recomienda y en el tipo de dieta, pues

ambos, el ejercicio y la dieta, deben realizarse de acuerdo a la edad, sexo actividad y peso de cada paciente. Respecto de la dieta habitual de los habitantes de una comunidad, generalmente se necesitan realizar cambios moderados o radicales, ya que difícilmente alguna persona que lleve una dieta adecuada a sus particularidades padecerá DM2, a menos que esta sea consecuencia de otro tipo de padecimientos o medicamentos; en el caso de de este estudio, se concluyo que se requieren cambios radicales en la dieta de los pacientes que padecen DM2, seguido por los habitantes de la comunidad en general, tanto para prevenir la aparición del padecimiento, como para controlar el mismo cuando éste ya se ha desarrollado; aunque autores como (Arauz, Sánchez, Padilla, Fernández, Rosado y Guzmán, 2001), mencionan que es difícil cambiar los estilos de vida del paciente, lo que incluye la dieta, debido a las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal.

Las razones que proporcionan de manera directa o indirecta los pacientes que padecen DM2 acerca de porque no siguen su tratamiento general, son las siguientes:

- Prefieren un control externo del padecimiento, es decir prefieren tomar medicamentos que modificar sus hábitos alimenticios, aunque tampoco tomen de manera regular sus medicamentos.
- Perciben su padecimiento como una enfermedad de tipo aguda y por ello consumen sus medicamentos, siguen su dieta y practican ejercicio solo hasta que se han eliminado los síntomas característicos del padecimiento (polifagia, polidipsia y polilalia).
- Porque su situación económica no les permite adquirir puntualmente sus medicamentos y/o los alimentos permitidos.
- Hay quienes utilizan tratamientos alternativos que no siempre son efectivos o seguros.

Lo anterior concuerda por lo expuesto por autores como (Mendoza y cols, 2000); (Hulka y Burdette, 1976); (Meichenbaum y Turk, 1987 Citados en: Macía y Mendez, 1996).

Las razones expuestas anteriormente precisamente tienen que ver con una errónea percepción e información respecto de lo que es el padecimiento, y con una serie de justificantes superficiales y a la mano de lo que es en realidad su incumplimiento

terapéutico que tiene que ver más con la falta de costumbres y hábitos sanos, que con la economía o la preferencia de un tratamiento por otro, de la misma manera, el hecho de faltar a determinada parte del tratamiento, tiene que ver más con convencionalismos sociales y satisfacción de deseos que con la intención verdadera de estar bien, el cual (el estar bien), esta mediado por las sensaciones corporales inmediatas y no con las sensaciones a largo plazo de las cuales los pacientes argumentan que son causa directa del padecimiento de DM2 y no de un mal control del mismo a causa de su incumplimiento terapéutico. Por lo tanto, se debe tener cuidado al momento del diagnóstico y al momento de proporcionar la educación diabetológica, de proporcionar la información adecuada y precisa que requieren los pacientes para llevar a cabo su tratamiento como es aclarar que tipo y que cantidad de pastillas deben de tomar al día, aclarar que el tratamiento farmacológico es de por vida, aclarar el tipo de ejercicio que deben de realizar y cuantas veces a la semana deben hacerlo, así como el tiempo de duración del mismo y por último especificar cuales son los grupos de alimentos que pueden consumir, cuales no, cuales con moderación y que alimentos forman parte de estos grupos, de la misma manera se deben aclarar cuales son las raciones en cantidad y peso que corresponden a cada alimento de cada grupo y cuantas de esas raciones deben comer al día; igualmente es necesario educar acerca de los hábitos de higiene y seguridad que deben llevar a cabo los pacientes para mantener su cuerpo sano ya que este es propenso a contraer infecciones que de ser mal atendidas pueden evolucionar a gangrena, y/o, pérdida de miembros corporales. Este tipo de educación no siempre se proporciona en los centros de salud o no todos los pacientes tienen acceso a ella o lo que es peor, no se ven interesados en asistir. De manera que la gran mayoría de los pacientes al no tener claro lo que es el padecimiento y como deben tratarlo para controlarlo caen en el incumplimiento terapéutico, pero aún teniendo claro lo que deben y lo que no deben hacer son víctimas de sus deseos y por tanto de sus culpas, aclarando que se ven a sí mismos como víctimas de una enfermedad que llego por causas externas a ellos y luego, son víctimas de tentaciones que los llevan a consumir alimentos que tienen prohibidos; ellos no se asimilan como sujetos dueños de sus actos y responsables si bien no de su padecimiento, sí de su deber de cumplir con el tratamiento para tener una mejor calidad de vida a corto y largo plazo. Por tanto, como sujetos no responsables, no son

culpables de no seguir su tratamiento terapéutico, de hecho, no son responsables de percatarse de la necesidad de cumplirlo. De manera que puede decirse que el vínculo subjetivo que se establece para con el tratamiento terapéutico está relacionado con la percepción de sí mismos como personas no responsables, como víctimas de..; como individuos sujetos a situaciones y causas externas negativas y fuera de su control.

EL IMPACTO DE LA DIETA COMO TRATAMIENTO.

Los tres pilares del tratamiento de la DM2 son indispensables, pero, algunos de ellos, como el ejercicio en el caso de adultos mayores, no siempre es recomendable practicarlo, pues corren el riesgo de sufrir lesiones graves que lejos de coadyuvar en la búsqueda de una mejor calidad de vida, puede deteriorarla aún más. Por otra parte, el medicamento, si bien es indispensable tomarlo de manera regular, no es suficiente si la dieta no es la adecuada, ya que a la larga las dosis de medicamento para lograr un mejor metabolismo de la glucosa sanguínea tendrán que aumentar hasta que el organismo ya no sea capaz de producir siquiera un mínimo de insulina con lo que se requerirá, precisamente, inyecciones de insulina y la DM2 pasará a ser DM1, que en términos metabólicos es más grave.

Por lo anterior se sabe, que de los tres pilares del tratamiento para controlar el deterioro orgánico provocado por la DM2, el principal es la dieta seguido del medicamento y por último el ejercicio; claro, procurando, de manera ideal, cumplir con los tres pilares para lograr un mejor, más adecuado y más rápido control de la glucosa sanguínea.

Aunque cumplir con la dieta sea una de las actividades más importantes que deben llevar a cabo los pacientes que padecen DM2, la mayoría de ellos no cumplen con este fin. Ya sea que no lo intenten o lo intenten y no lo logren, y esto, tiene que ver, primero como se menciona en un principio, con el vínculo subjetivo que se establece con el padecimiento desde antes del momento del diagnóstico y al momento en que este se proporciona al paciente. Posteriormente tiene que ver con las excusas superficiales que giran alrededor de una mala economía familiar o un desconocimiento general o parcial de lo que debe ser su tratamiento terapéutico y por último, tiene que ver con una

deficiente información o comprensión de lo que debe ser la dieta terapéutica; por todo lo anterior, los pacientes prefieren un control externo de la glucosa sanguínea que es el medicamento (Montoya 2004).

A pesar de la mala comprensión o información respecto de lo que debe ser la dieta terapéutica, la mayoría de los pacientes tienen algunas ideas respecto de lo que debe ser su dieta y por tanto respecto de lo que sí pueden y deben consumir y respecto de lo que no pueden y deben consumir. Sin embargo, ellos no cumplen ni con lo que su profesional de salud les dice que debe ser su dieta terapéutica, ni con lo que ellos mismos piensan que debe ser, Ya que, según (Mendoza, Velásquez, Antonieta, Pego, campero, Lara y Figueroa, 2000), la palabra dieta tiene una connotación restrictiva que atenta contra el gusto, la costumbre y aísla de la familia.

Ya que el vínculo subjetivo que ellos establecen con la dieta terapéutica, al igual que el establecido al momento del diagnóstico es de tipo negativo, es decir, ellos se concentran en los alimentos que tienen carácter de prohibido, en los que deben consumir que no les gustan, que no saben preparar o que no están a su alcance económico y en las consecuencias negativas a nivel social que esto implica para ellos y, mientras se concentran en pensar lo negativo de su dieta terapéutica, se dedican a transgredirla consumiendo lo que sí les gusta, que generalmente es lo que por costumbre ya consumían o que tienen a su supuesto alcance económico, donde prefieren comprar nuevamente lo que sí les gusta que lo que no acostumbran consumir aunque pueda ser más barato como son las verduras.

De esta manera, los pacientes a partir del momento en que se les diagnostica la DM2, sus pensamientos, más que en el medicamento o el ejercicio, giran en torno a la dieta que se les ha impuesto, pero los cambios que realizan en sus hábitos alimenticios no varían, varían muy poco o aunque en teoría argumenten que cambiaron radicalmente en realidad continúan consumiendo aquellos alimentos de los que no se quieren desprender ya sea porque les gustan demasiado, o porque son los acostumbrados en su entorno social y por ello, para sentirse parte de ese grupo social, deben compartir con sus familiares o amigos los mismos alimentos que se sirven en la mesa aunque no sean los indicados para ellos o aunque radicalmente sean precisamente los que más los dañan biológicamente(Corona, 1998). Debido a la reacción negativa por la que atraviesan los

pacientes al momento en que se les indica el diagnóstico pueden pasar varios años, antes de que ellos acepten que padecen la enfermedad y que deben llevar a cabo acciones para controlarla, por ello, tardan bastante tiempo antes de comenzar a aceptar que deben seguir una dieta terapéutica y de hecho, a lo largo de su vida, difícilmente la llevarán a cabo de manera adecuada a sus necesidades.

Las razones que proporcionan tienen que ver con: El desconocimiento de lo que constituye su dieta terapéutica por falta de información, mala información o mala comprensión de la información; El deseo de lo prohibido que también es lo más agradable, fácil y que les produce placer; éste último punto está estrechamente relacionado con el apego a sus hábitos alimenticios anteriores al padecimiento; la falta de autocontrol para no ceder ante sus deseos; la falta de auto-responsabilidad para con el cuidado de su propia salud; la negación del padecimiento; la depresión, resignación y miedo, razones por las cuales pueden negar que padecen DM2 y por tanto no tienen que seguir una dieta específica o si de todas formas van a morir pronto, para que privarse de lo que les gusta y; la economía. Se ha visto que no todos estos puntos son ciertos, principalmente la economía, ya que aunque los pacientes argumenten carecer de recursos económicos, la mayoría de ellos no vive una situación de pobreza extrema, por lo que en realidad esta es una justificante utilizada como salida fácil cuando ya no tienen nada más que decir respecto de porque no siguen su dieta terapéutica. Lo que sí es real es la falta de autocontrol y a autoresponsabilidad para consigo mismos, la depresión acompañada de angustias y miedos también provocados por verse restringidos en lo que más les gusta, que ha formado parte de toda su vida y que les proporciona sensación de seguridad como son sus alimentos acostumbrados, el deseo por lo prohibido y el apego excesivo por sus costumbres alimenticias y por último, la desinformación. Como es posible apreciar, a excepción del último punto, las razones subjetivas por las cuales los pacientes no cumplen con su dieta terapéutica, distan mucho de estar directamente relacionadas con la economía o nivel de información que tengan del padecimiento, tienen que ver más con el vínculo subjetivo que han establecido con la dieta terapéutica y con el que ya tenían establecido con su dieta cotidiana, es el deseo de seguir con sus costumbres alimenticias te toda la vida lo que los lleva a esas angustias y miedos por la existencia de la posibilidad de no poder cumplirlos; lo que los lleva a caer en la

irresponsabilidad para consigo mismos, con su cuerpo y su salud, lo que los deja en una situación de pérdida de control sobre lo que deciden o lo que no deciden consumir.

Evidentemente, ya no se está tratando con la posibilidad de lograr resultados excelentes con una buena educación diabetológica o con una buena explicación médica de lo que es el padecimiento y como tratarlo. Estamos tratando directamente con cuestiones de carácter psicológico, donde, una vez que se tiene la información necesaria, se necesita el apoyo profesional para lograr vencer estas dificultades, lo que concuerda con lo que (Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo, 1993), concluyeron en su estudio acerca de que los pacientes del grupo “B”, podían enfrentar adecuadamente el hecho de ser diabéticos si se les proporcionaba psicoterapia individual. Para ello se requiere, lógicamente comenzar por vencer el apego que sienten los pacientes por sus costumbres alimenticias, que no solo son de carácter biológico gustativo, sino de carácter psicológico en cuanto que precisamente a través de los alimentos y al momento en que se consumen, es que se crean y estrechan vínculos sociales de tipo familiar, fraternal o laboral (Cervera y cols, 1990), con esto, se crean además, lazos con los alimentos que los pacientes acostumbraban consumir en esos momentos agradables de su vida; posteriormente se debe trabajar con la sensación de frustración que produce el no lograr la obtención de lo que se desea, que en este caso son los alimentos que tienen restringidos; luego, con la irresponsabilidad y falta de autocontrol que manifiestan los pacientes como motivo real de su consumo de alimentos no permitidos. Por supuesto, trabajar con el apoyo social que puedan brindar las personas cercanas al paciente es de vital importancia pues precisamente es por los lazos sociales que se establecen a través de los alimentos, que los pacientes tienen tal apego a ellos, con lo que, creando una cultura alimenticia diferente entre el paciente y quienes conviven con él es que se pueden construir nuevos lazos psicoafectivos y el paciente accederá más fácilmente a consumir alimentos benéficos para su salud ya dejar de consumir aquellos que no lo son. Por otra parte, para los pacientes que viven solos o que pasan solos la mayor parte del tiempo, es necesario crear espacios de convivencia donde también puedan tener acceso a una cultura alimenticia sana y no solo a momentos de recreo y buenas compañías. Por supuesto los dos últimos puntos aún pueden ser una utopía, ya que se necesitaría modificar siglos de cultura alimenticia para lograr que las personas que padecen DM y

quienes aún no la desarrollan, consuman solo alimentos que son benéficos para su salud sin sentir frustración, depresión o angustia, se necesitaría educar no solo a los pacientes que ya padecen DM sino a toda la población para evitar los tabúes y mitos que surgen alrededor del padecimiento con lo que se eliminaría también el miedo que este provoca y se necesitaría criar y educar niños responsables y con una capacidad de autocontrol excelentes, para lograr que cumplan, de adultos al pie de la letra las indicaciones terapéuticas para controlar su padecimiento, pero, si esto fuera posible, en realidad no sería necesario esto último, ya que quizá el padecimiento no se desarrollaría con tanta facilidad entre la población.

Por lo tanto, mientras llega la posible utopía, es necesario concentrar los esfuerzos del psicólogo social de la salud, en brindar el apoyo psicológico necesario a los pacientes que padecen DM2, para que éstos logren disminuir su apego emocional a los alimentos, disminuir su frustración al no poder consumir los alimentos a los que tiene tanto apego emocional y aumentar su responsabilidad y capacidad de autocontrol, para lograr el objetivo principal que es cumplir con su dieta terapéutica, sabiendo que son ellos y solo ellos los responsables de tal objetivo.

La hipótesis del presente estudio se comprueba afirmativamente, el incumplimiento de la dieta terapéutica de pacientes que padecen DM2, es causa del vínculo subjetivo que el paciente establece con la dieta.

En el sentido de que, aunque el paciente reciba buenas indicaciones del profesional de la salud y tenga acceso y/o asista a pláticas sobre educación diabetológica, éste seguirá incurriendo en el incumplimiento terapéutico, debido al vínculo subjetivo que ha establecido con su dieta, que tiene que ver con asuntos de orden psicológico como son el apego a sus hábitos alimenticios, la frustración por verse restringidos en lo que más les gusta consumir, la irresponsabilidad de su persona, la falta de autocontrol para evitar consumir lo prohibido y la depresión, angustia y miedo que ocasiona saberse enfermo de un padecimiento lleno de tabúes y mitos sociales; asuntos, que son propios de ser tratados por un profesional de la psicología, en este caso por un psicólogo social de la salud, pues se trata de brindar atención a toda una comunidad que padece o es susceptible de padecer DM2, en donde la intervención a nivel comunal y luego individual resulta indispensable para resolver la problemática.

Por ello, la responsabilidad de una vida saludable para la población que padece DM2 debe recaer en primer lugar en los profesionales de la salud, quienes deben proporcionar una buena educación diabetológica además de brindar un adecuado apoyo psicológico; en segundo lugar, en los pacientes, al apropiarse de la responsabilidad de cuidar su propia salud y entender que de ellos depende su estado de vida saludable y su buena calidad de vida por lo que deben realizar cambios en sus hábitos de alimentación y autocuidado, tratando de disfrutar de esos cambios tanto como disfrutaban de sus viejos hábitos y; en tercer lugar, en los familiares que convivan con pacientes que padecen DM2 o que estén al cuidado de pacientes que ya no sean autosuficientes por el avanzado estado del padecimiento en su cuerpo. Si cada uno de los responsables directos del cumplimiento de la dieta terapéutica en el padecimiento de DM2, lleva a cabo adecuadamente su papel, se logrará un avance en el control del padecimiento, tanto a nivel individual como comunal, lo que resulta en un considerable ahorro en los gastos de salud a nivel local, estatal y nacional pero sobre todo supone una vida saludable y plena para aquellos que padecen la enfermedad, con lo que aquellos que padecen DM2, debieran juzgar para sí mismos una vida longeva y con buena calidad.

La intervención en los tres niveles de atención, es importante, sin embargo se debe poner énfasis en la modificación de los hábitos alimenticios de cada grupo social, utilizando toda la gama de recursos disponibles para tal fin, como son las pláticas en las instituciones de salud, los medios masivos de comunicación (Sánchez, 2001), menciona que es a través de estos medios que se definen los modelos alimenticios considerados como adecuados o ideales en los contextos donde se desenvuelve el individuo; y principalmente atendiendo de manera personalizada a la población en la medida de lo posible. Para lograr una buena comprensión y aceptación de la educación diabetológica entre la población, es necesario tomar en cuenta las subjetividades colectivas, los pensamientos, sentimientos y acciones reales del grupo de riesgo, para ello, ¿Quién? sino un psicólogo, profesional en la modificación de conducta, individual y comunal debe atender este campo de acción. Quien sino los psicólogos sociales de la salud pueden abordar el reto de modificar el vínculo subjetivo que establecen los pacientes que padecen DM2 con la dieta, considerando los tres niveles de atención y llevando esa atención, tanto a nivel comunitario como individual.

Actualmente, existe en los medios masivos de comunicación, mucha información de fácil acceso para la población en general respecto del padecimiento, pero aún hoy se pone poca atención al papel del psicólogo como profesional capaz de brindar atención individual a quienes ya padecen la enfermedad y crear programas comunales para aquellos miembros de la población que son susceptibles de padecerla, cuando son, a juzgar por las conclusiones de este estudio, profesionales cuya acción es indispensable para atender las demandas de salud que exigen una mejor atención a los pacientes que padecen DM2, no solo porque requieren una buena calidad de vida sino porque cada día son más y por ello se necesitan estrategias de prevención e intervención a nivel comunitario obedeciendo a las subjetividades colectivas.

El campo de acción está abierto y en espera de ser abordado de la manera más adecuada por todos y cada uno de los profesionales responsables del área de la salud humana, incluso por los empresarios dedicados a proporcionar servicios de alimentación, de manera que la atención y servicios proporcionados a los pacientes que padecen DM2, sea benéfica para su salud y para la población en general, ya que la población que padece DM2 sigue en aumento, así como los pobladores en riesgo de padecerla; por lo que poco a poco en la búsqueda por la salud, las personas consumirán más fácilmente productos “sanos”, que productos “dañinos” para su salud. Esta tendencia que aún está naciendo, a corto y largo plazo no solo supone ganancias estratosféricas para los empresarios que pongan en el mercado productos sanos, sino que los gastos del gobierno dedicados a atender este padecimiento disminuirán y lo más importante, aumentará la calidad de vida de la población en general, lo que hará a los pobladores más productivos por un período mayor de tiempo. Lo anterior puede describirse aún hoy como una utopía, pero antes del descubrimiento de las vacunas, igual se percibía la eliminación de enfermedades pandémicas como la viruela, el sarampión, la rubéola, etc. O, un caso más cercano, hoy el cáncer es curable si se detecta a tiempo. De la misma forma la DM actualmente, es susceptible de ser prevenida o controlada si se realizan las acciones adecuadas y no dudemos que en un futuro puede llegar a ser curable.

REFERENCIAS.

Abbagnano, N. (1994). Diccionario de Filosofía. Sao Paulo. Martis Fontes.

Aburto, G. C. (2001). "Estilos de vida y salud. su efecto en la mortalidad". Revista Psicología y Salud. Vol. 11, No. 2.

Aburto, G. C. (1999). "Los programas de intervención contra la obesidad". Psicología y Salud.

Álvarez, B. J. (2001) "Influencia del estrato y el género de la persona enferma en la atribución de tipos de enfermedad, nivel de gravedad y causas de enfermedad". Psicología y Salud. Vol. 11, No. 2. Pp. 135-145.

Álvarez, R. L. G; Mancilla, D. J. M; Martínez, M. M.; López, A. X. (1998). "Aspectos psicosociales de la alimentación". Revista Psicología y Ciencia Social. Vol. 2, No. 1. UNAM. Campus Iztacala. Y Conacyt.

Alvaro, J. L., Garrido, A. Y Torregosa, J. R. (1996). Psicología social y aplicada. España. Edit. Mcgraw Hill.

Alonso, F. F. (1989). Psicología médica y social. Barcelona. Edit. Salvat.

Amigo, I; Fernández, C, Y; Pérez, M. (1998). Manual de psicología de la salud. Madrid. Edit. Pirámide.

Amuchástegui, H. A. (1996). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. En: Galindo, C. J. (Ed.), Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. CONACULTA y Addison Wesley Longman de México, S.A. de C. V.

Arau, A. J. Y Gonzáles, P. U. (1998). “La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Ética, calidad de vida y psicología de la salud”. Psicología y Salud. No. 12.

Arauz, A. G; Sánchez, G; Padilla, G; Fernández, M; Rosello, M. Y; Guzmán, S. (2001). “Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria”. Revista Panamericana De Salud Pública/Panamerican Journal Of Public Healt. Vol. 9, No. 3.

Asociación Mexicana De Psicología Social. (1998). “La psicología social en México”. Psicología Social Y Salud. Vol. 11.

Ayarra, M. y Lizárraga, S. (2002). Malas noticias y apoyo emocional. (En red). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple10.html>

Bakal, A. D. (1996). Psicología y salud. España. Edit. Desclée De Brower. S. A.

Barbosa, T. E. (2001). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM. FESI.

Barceló, A. Y Rajpathak, S. (2001). “Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the américas”. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 10 No. 5. Nov. 2001.

Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L., Y Vega, J. (2001). “Una intervención para mejorar el control de la diabetes en chile”. Revista Panamericana De Salud Pública Vol 10. No. 5. (Noviembre De 2001).

Bass, M. A; Wakefield, L. M. y Kolasa, K. M. (1979). Comunity nutrition and individual food behavior. Minnessota Burgess.

Bayes, R. (1979). Psicología Y Medicina. Barcelona.

Baz, M. (1996). Metáforas del cuerpo. Exploraciones sobre la subjetividad de la mujer con base en el discurso de bailarinas. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología clínica. UNAM. Facultad De Psicología. División De Estudios De Postgrado.

Bazán, R. G. (1997). Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio. Aplicación de la tecnología conductual. Tesis de maestría en psicología no publicada. UNAM. FESI.

Bazán, R. G. (2003). “contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en México”. Psicología y Ciencia Social. Vol. 5, No. 2. 20-26 UNAM FESI.

Bellack, L. (1993). Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia. Edit. Manual Moderno. México.

Birulés, F. (1996). Del sujeto a la subjetividad. En: Cruz, M. (Comp.) Tiempo de subjetividad. México. Edit. Paidós.

Blanco, A. J; Socarrás, S. M. M; Gonzáles, H. D. Y; Licea, P. M. (2002). Algunos indicadores de la dieta en un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 de Centro Habana. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Vol. 16, No. 1. Pp. 23-30.

Borja, J. (2000). Psicología, salud, ciencia y tecnología. Revista Psicología y Salud.

Bosh, F. E. Y Ferrer, P. V. A. (2001). “El análisis de género. Una revisión necesaria en psicología social de la salud”. Psicología Y Salud. Vol 11, No. 1.

Buceta, J. M; Bueno, A. M. Y; Mas, B. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid. Edit. Dykinson.

Buela-Casal, G. Caballo, V. E. Y Sierra, J. C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España. Edit. Siglo XXI.

Calviño, M. (1995). La acción comunitaria en salud mental. Universidad de la Habana Cuba. (En red). Disponible en:

www.psicologia_online.com/colaboradores/mcalvino/accionesocial.shtml

Campero, C. C. (1998). "Educación y salud de la mujer. Reflexiones desde una perspectiva de género". Salud Pública de México. Vol. 38, No. 3. Pp. 217-222.

Cañadell, J. M. (1989). El libro de la diabetes. Barcelona. Jims

Carrascoza, V. C. E. Y Ayala, V. H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. Psicología y Salud. Vol. 10, No. 2. Pp. 149-160.

Castañeda, G. (1995). La diabetes hoy. En: El libro de la diabetes Vol 4. No. 4. (pp. 4-10).

Castillo B. P. (2001). El psicólogo como promotor de educación para la salud. Reporte de trabajo para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

Castro, V; Gómez-Dantes, H; Negrete-Sánchez, J. Y; Tapia-Conyer, R. (1996). Enfermedades crónicas en las personas de 60-90 años. Revista Salud Pública de México. Vol. 38, No. 6. Pp. 438-447.

Cedeño, P. L. (1997). Servicios De Salud En México: Un Caso De Planeación Estratégica. Tesis Para Obtener El Grado De Maestría En I.S.S. UNAM ENEP Iztacala. División De Estudios De Postgrado.

Centros Para El Control Y La Prevención De Enfermedades (CDC). Publications And Products, (2003). La diabetes es un problema de salud pública que va en aumento. (En red) Disponible en: [Http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/glanceesp.htm](http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/glanceesp.htm)

Cerezo, R. S. (2001). Influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

Cervera, S; Zapata, R; Gual, P.; Quintanilla, B. y Arce, G.; (1990). No te rindas ante los trastornos del peso. Madrid. Rialp. Citado en Sánchez, C. F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM ENEPI

Cibanal, L. (2001). Técnicas de intervención. Introducción a la sistémica y terapia familiar.

Cohen, G. C. (1975). La psicología en la salud pública. México. Edit. Extemporáneos.

Comité De Educación, (DOTA). (2001). Normas para el desarrollo de programas de educación sobre la diabetes en América. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal Of Public Health. Vol. 10, No. 5.

^(A)Comunicado De Prensa. (2003). La diabetes puede causar 300 mil muertes anuales en Latinoamérica y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. 13 Nov. De 2003. (En red).

Disponible en: [Http://www.paho.org/spanish/Dd/pin/ps031113.htm](http://www.paho.org/spanish/Dd/pin/ps031113.htm)

^(B)Comunicado De Prensa. (2003). Expertos analizan el alarmante aumento de la diabetes en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. 16 De Octubre De 2003. (En red)

Disponible en: [Http://www.paho.org/spanish/Dd/pin/ps031016.htm](http://www.paho.org/spanish/Dd/pin/ps031016.htm)

Corona, G A. (1998). “El gobierno del cuerpo, tecnologías disciplinarias y administración dietética”. Revista Psicología Y Ciencia Social. Vol. 2, No. 1. UNAM. FESI.

Cruz, M. (1996). Tiempo de subjetividad. España. Edit. Paidós.

Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (1995). Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. España. Edit. Síntesis.

D. Wilson, J. Y; W. Foster, Daniel. (1989). Endocrinología. Argentina. Edit. Panamericana.

Delgado, Y Gutiérrez, (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. España.

Diario Oficial De La Federación. (1999). Modificación a la norma oficial Mexicana Nom-015-Ssa2-1994, para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como norma oficial Mexicana Nom-015-Ssa2-1994, para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.

Díaz, B. M; Hernández, Z. E. Y; Salazar, D. M. G. (1996) estudio sobre la prevalencia de la diabetes mellitus en la ciudad de Coatepec, Veracruz. Revista Psicología y Salud. No. 7

Díaz-Nieto, L; Galán-Cuevas, S. Y; Fernández-Pardo, G. (1993). Grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus Tipo II. Revista Salud Pública de México. Vol. 35, No. 2. Pp. 169-176.

Dirección General De Estadística E Informática, Secretaria De Salud, México (2000). Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, 1999. Salud Pública de México. Vol. 42 No. 5, Septiembre-Octubre De 2000. (En red). Disponible en: [Http://www.insp.mx/salud/42/425_11.pdf](http://www.insp.mx/salud/42/425_11.pdf)

Durán-González, L; Bravo-Fuerte, P; Hernández-Rincón, M. Y; Becerra –Aponte, J. (1998). El Diabético optimista. Revista Salud Pública de México. Vol. 40, No. 1.

Durán-González, L; Hernández-Rincón, M. Y; Becerra –Aponte, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Salud Pública De México. Vol. 37, No. 5. Pp. 462-471.

Ecco, H. (1998). El nombre de la Rosa. México. Edit. Diana

Escobedo De La Peña, J. y; Rico, V. B. (1996). Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus en México. Revista Salud Pública de México. Vol. 38, No. 4. Pp. 236-242.

Escobedo De La Peña, J. y; Santos, B. C. (1995). La Diabetes Mellitus y la transición de la atención a la salud. Revista Salud Pública de México. Vol. 37, No. 1. Pp. 37-46.

Esparza, S. X, I. (1999). Monografía municipal de Nicolás Romero. México. Edit. Instituto Mexiquense de Cultura. Gobierno del Estado de México.

Fernández, C. y Pérez-Álvarez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid. Edit. Siglo XXI. (1996)

Fernández, R. L. y; Pimentel, M. (Compiladoras). (1996). El sujeto de salud mental a fin de siglo. México. UAM Xochimilco.

Flores, I. T. (1992), Endocrinología. México. Edit. Méndez.

Flores, S. T. (1997). Costo-Efectividad. Tesis Para Obtener El Grado De Maestría En ISS. División De Estudios De Postgrado. UNAM ENEPI.

Fundación Mexicana De Diabetes. (2004). La diabetes es ahora la principal causa de muerte en México. Fuente: Reuters Health. Septiembre De 2004.

Gagliardino, J. J., De La Hera, M. Y Siri, F. (2001). Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol. 10 No. 5. Noviembre De 2001.

Galván, M. N. Y Hernández, F. C. (2003). Psicología de la salud. Relación enfermedad crónica-hábitos saludables. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

García De Alba, G. J. E. Y; Salcedo, R. A. L. (2002). Dominio cultural en Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Universidad de Guadalajara. No. 23.

García V. R. (1996). Consideraciones generales sobre los modelos explicativos para las nociones de salud enfermedad. Psicología de la Salud, 7 (1), 139-146.

Guerrero E. K. L. (2001). Calidad de vida en pacientes sometidos a diálisis peritoneal. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM FESI.

Gómez, M. Y Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Edit. España. Universidad De Salamanca. Facultad De Psicología. Citado En: Barbosa, T. E. (2001). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM. FESI.

González, B. M., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P. Y Espinosa, E. (1996). La calidad de vida del enfermo neoplásico. En: Murillo, C. E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Epaña, Edit. Panamericana.

González, F. E. (1999). Psicogeriatría cultural, la entrevista clínica como intervención cultural. Psiquiatría Pública. Vol. 11, No. 1. Galicia.

Grau A. Y González, P. (1998). Etica, calidad de vida y psicología de la salud. Psicología de la Salud, 12 (2), 83-96.

Grupo De Estudio de Servicios Preventivos Comunitarios (2001). Estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad de la Diabetes. Revista Panamericana de Salud Pública, 10 (5).

Guilhaume, B. (1980). Cuadernos de la enfermedad. México. Toray Masson.

Gutiérrez, C. Y Padrón, A. L. (1995). La interdisciplinariedad. Una estrategia clínica en el trabajo institucional. Revista Psicología y Salud. Pp. 173-179.

Ham, Chande, R. (1996). El envejecimiento, una nueva dimensión de salud en México. Revista Salud Pública de México. Vol. 38, No. 6. Pp. 409-418.

Harschs, C. (1994). La identidad del psicólogo. México. Edit. Harla.

Heller, A. (1987). Sociología de la vida cotidiana. Edit. Península. Barcelona.

Hernández, O. H. Y López, S. J. (2003). Psicología de la salud. Estrés y hábitos negativos de la salud. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

Hulka y Burdete, (1976). Communication compílanse and concordance between physicians and patients with prescribed medication. American Journal of Public Health. 847-853

Ibáñez, T. E; Iñiguez, L. (1985). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada. Granada España. I Congreso Nacional De Psicología Social.

INEGI. (2004). Causas de morbilidad hospitalaria. 1998-2004. México. INEGI

Insua, J. A. (1985). Introducción a la psicología médica. Argentina. Edit. Promed.

Islas, A. S. Y; Lifshitz, G. A. (2000). Diabetes Mellitus. Edit. Mc Graw Hill. México.

ISSEMYM. (2004). Diabetes Mellitus. México. ISSSEMYM

Ibancovichi, H. G. Y Medina, C. B. A. (1994). Instrumento de evaluación para determinar la calidad de vida de pacientes con alguna enfermedad crónica. México. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM. ENEPI.

Jaidar, I; Vargas, L. E; Fernández, L; Perrés, J. y; Baz, M. (1998). Tras las huellas de la subjetividad. México. UAM Xochimilco.

Jiménez, R. D. (2003). Importancia de la familia en el proceso de la enfermedad del paciente crónico. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

Kantor, J. R. (1990). La evolución científica de la psicología. México. Edit. Trillas.

Kilo, C. H. (1997). Controle su Diabetes. Edit. Limusa. México.

Lammoglia, E. (2001). Las máscaras de la depresión. México. Edit. Grijalbo.

Landa, D. (1999). El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud. Revista Psicología y Ciencia Social Vol 3. No 2. UNAM ENEPI. Pp. 32-38.

Lara, E. A; Márquez-Flores, M. F; Huitrón-Bravo, G; Arriaga-Garduño, T; Martínez-Marroquín, M. Y; Muñoz-Pérez, L. (2000). Detección integrada de diabetes e hipertensión arterial aplicada a la población mayor de 20 años de la localidad de San Cristóbal Huichochitlán, Estado de México. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 8, No. 4. Pp. 136-142. México.

Lara, R. M. (2001). Estudio de la estructura familiar del diabético y tratamiento a nivel familiar. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. ENEPI.

Latorre, P. J. M. Y Beneit, P. J. (1994). Psicología de la Salud. Argentina. Edit. Lumen.

Lee, R. (1987). El páncreas. En: El libro de la salud. México. Continental.

Lena, B. M. Y; Torstensson, A. (1998). Evaluación de un servicio de atención primaria en salud mental comunitaria. Tesis para obtener el grado de maestría en ISS. UNAM. ENEPI.

López, A. O. Y Blanco, J. (1993). La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. México. Edit. UAM Xochimilco.

López-Carmona, J. M; Araiza-Andraca, C. R; Rodríguez-Moctezuma, J. R. Y; Munguia-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus De Tipo 2. Revista Salud Pública de México. Vol. 45, No. 4.

Luzoro, G. J. (1992). Psicología de la Salud. Revista de Psicología. Vol. II, No. 1.

Macia, D. y Méndez, J. F. (1996) Evaluación de la adherencia al tratamiento. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid. Edit. Siglo XXI

Maffei, N. (2003). La dieta diabética. (En red). Disponible en:

<http://www.vidalatina.cc/columnas.php?edicion=agosto2003&historia=salud>

Mancillas, A. L. G; Gómez, P. F. J; y Rull, R. J. A. (2002). Diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus. Conceptos actuales. Revista de endocrinología y nutrición, Vol. 10. no. 2. pp. 63-68.

Marín, S. C; Díaz, G. J; Motilla, V. T. Y Martínez, M. P. (2000). Nutrición y Dietética. Madrid. Edit. D. A. E.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers of a new health psychology. En: Oblitas, L. A. Y Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México. Edit, Plaza y Valdez.

Mason, J. W. (1975). Emotion as reflected in patterns of endocrine integration. En: Leví, L. (Comp.) Emotions; their parameters and measurement. Nueva York. Raven Press. Citado en: Fernández y Pérez-Alvarez. Ibidem.

Mendoza V. F; Velásquez, M. O; Martín, M. A; Pego, P. U; Campero, M. E. C; Lara, E. A. Y; Gallegos, F. I. (2000). Comunicación y perspectiva de audiencias una investigación cualitativa para la Diabetes. Revista Endocrinología y Nutrición. Vol. 8. No. 1. Pp. 5-13.

Meyers, G. D. (2000). Psicología Social. Colombia. Edit. Mc Graw Hill.

Montes, M. y Bayle, M. (2002). Aspectos Psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización. (En red). Disponible en:

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

Montoya, A. J. (2004). Curso taller de intervención en crisis. FESI UNAM.

Morales, C. F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina. Edit. Piados.

Morales, C. F. Y Piña, L. J. (1995). Psicología y salud en el siglo XX. Aproximación desde la psicología como disciplina y profesión. Psicología De La Salud, 6 (2), 143-156.

Morales, J. F; Huici, C; Moya, M; Gquiria, E. Y; López-Sáens. (1999). Psicología Social. Edit. Mac Graw Hill. España.

Moreno, B. y Ximénez. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal, Caballo, J. (Eds) (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España. Edit. Siglo XXI.

Mugica, E. Y; Bellosta, R. Salud mental y emocional de los jóvenes. Edit. Servicio De Juventud. Zaragoza.

Oblitas, L. A. y Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México. Edit. Plaza y Valdez.

Olgúin, H. A. Y Sánchez, L. J. L. (2003). Psicología de la salud. estrés y hábitos negativos de la salud. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FESI

Ortega, A. P; Estrada, R. C; Reidl, M. L; López, C. E; Velásquez, M. A; Solorio, H. M. J; Chávez, P. V. D. Y; Neza, S. D. S. (2000). Estresares físico ambientales en un escenario para el cuidado de la salud. Revista Psicología y Ciencia Social. Vol 4, No. 2. Pp. 52-60.

Ortiz, V. G. R. (1996). La metodología participativa en psicología de la salud. Revista Psicología y Salud. No. 8. Pp. 77-87.

Ordóñez, Feliu, Zamora y Espinosa, (1996)

Palomar, L. J. (1997). Calidad de vida en la ciudad de México. En: García. R. I. Memoria del seminario permanente de antropología urbana: un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano. Calidad de vida. México. UNAM

Palomino, G. L. (1999). El grupo operativo como dispositivo diagnóstico en personal directivo de servicios de salud. Tesis para obtener el grado de maestría en investigación de servicios de salud. UNAM ENEPI.

Palomino, L. G. Y Hernández, L. V. (2003). Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud. Revista Electrónica De Psicología Iztacala. Vol. 6 No. 3. Septiembre De 2003. UNAM. FESI.

Pantoja, L. V. (1999). Cuestiones éticas de la profesión educación social: hacia un código deontológico. Revista Educación social.

Penzo, W. (1990). Licenciatura en psicología médica. Barcelona. Edit. Salvat.

Pérez, R. L; Márquez, B. M. L. Y; Namihira, G. D. (2001). La percepción del paciente femenino por el personal de salud. Un aspecto a considerar en la calidad de la atención médica. Psicología Y Salud. Vol. 11, No. 1. Pp 27-38.

Pérez, R. R. A. (1995). Legislación en salud, hacia una salud integral. Revista Psicología y Salud. Pp. 214-224.

Pérez, V. M. (2002). La atención psicológica de la salud en una institución pública hospitalaria. Reporte de trabajo para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM FESI.

Phares, J. E. (1992). Psicología clínica; conceptos métodos y prácticas. México. Edit. Manual Moderno.

Proshansky. (1983). Psicología Ambiental.

Revista Panamericana De Salud Pública/Pan Am J. Public Healt. (2001). Estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad de la Diabetes. Vol. 15, No. 5.

Ribes, E. (1990). Psicología y salud, un análisis conceptual. España. Edit. José Roca.

Rivas, M. (1996). La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad. En: Sas, I. Y Lerner, S. (Editores). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad (Pp. 199-222). México. Edit. El Colegio De México.

Robles-Silva, L; Alcántara-Hernández, E. Y; Mercado Martínez, F. J. (1993). Patrones de prescripción médica a individuos con Diabetes Mellitus Tipo II en el primer nivel de atención. Salud Pública De México. Vol. 33, No. 2.

Robles-Silva, L; Mercado-Martínez, F. J; Ramos-Herrera, H. M; Alcántara-Hernández, E. Y; Moreno-Leal, N. C. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con Diabetes en una zona marginada de Guadalajara. Revista Salud Pública De México. Vol. 37, No. 3. Pp. 187-195.

Rodríguez, C. M. A. La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Psicología y Ciencia Social Vol. 5, No. 2. FES Iztacala UNAM. Pp. 11-19.

Rodríguez-Morán, M. Y; Guerrero-Romero, J. F. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública De México. Vol. 39, No. 1. Pp. 44-47.

Rodríguez, G. y Rojas, M. E., (1998). La psicología de la salud en América Latina. México. UNAM. Facultad de Psicología.

Romero, L. C. B. (2002). Psicología de la salud en a promoción de la salud como estado de bienestar bio-psico-social. Tesina para obtener el grado de licenciatura en psicología. FES Iztacala UNAM.

Romo, T. R. (2002). (Des) bordando una cuestión dilemática. Los nuevos paradigmas de la salud o la salud de los nuevos paradigmas. Revista Universidad De Guadalajara. No. 23.

Ruiz, A. L. Y; Rivera-Márquez, J. A. (1996). Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada. Un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. Revista Salud Pública De México. Vol. 38, No. 6. Pp. 430-437.

Ruiz, O. J. I. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao. Universidad De Deusto.

Sabaté, E. (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. (Art. resumen “adherente to long-termtherapies. Evidence for action”. Oms.(En red). Disponible en:

[Http://www.who.int/mediacentre/releasses/2003/prs4/es](http://www.who.int/mediacentre/releasses/2003/prs4/es)

Salazar, M. Y. (1987). Etiología en: Diabetes Mellitus. México. Edit. Jims.

Salinas, J. (1995). El psicólogo en la atención a la salud. Tesis de maestría. México. UNAM. ENEPI.

Salinas, R. C; Gonzáles, D. E. Y; Castillo, P. (1999). Actitudes del personal del sector salud en México hacia actividades emergentes del psicólogo en la organización y atención a la salud. Un estudio exploratorio. Revista Psicología y Ciencia Social. Vol. 3, No. 2. Pp. 11-20. UNAM Campus Iztacala.

Salud Pública De México. (2000). Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 1999. Vol. 42, No. 5.

San Martín, H. (1992a). Tratado general de salud en las sociedades humanas: salud y enfermedad. México. Edit. Científicas la prensa Médica Mexicana. S. A. de C. V.

San Martín, H. (1992b). La noción de salud y la noción de enfermedad. Citado En. Vega, C. M. (2002). Tesis de licenciatura en psicología. México. UNAM FESI

Sánchez, C. F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. México. UNAM ENEPI.

Sánchez, G. E. (2000). La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el tratamiento de pacientes con cáncer. Tesis de licenciatura no publicada. México. UNAM FESI.

Sánchez, M. E. Y Fouce, G. J. (2000). Una aproximación psicológica a la intervención en situaciones de emergencia. Revista Psicología y Salud. Vol. 11, No. 2.

Santacreu, M. J., Márquez, S. M. Y Rubio, F. V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. Psicología de la Salud, 10 (2), 82-92.

Santiago, M. (1992). Manifestaciones clínicas derivadas de la hiperglucemia. En: Diabetes Mellitus. España. Edit. Ela.

Sarduy, S. C. Y Alfonso, R. A. C. (2001). Psicología de la salud y género. Invisibilidad y retos para el nuevo siglo. Psicología y Salud. Vol. 11. No. 1.

Schneider. (1985). Psicología aplicada a la práctica médica. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Argentina. Edit. Padrón.

Senado, D. J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. Revista Cubana Méd. Gen. Integral. Vol. 15, No. 4. Pp. 453-460.

Serralda, Z. A; Meléndez, M. G Y; Pasquetti, C. A. (2003). Requerimientos Y Recomendaciones Proteicas, Referencias Internacionales Y Mexicanas. Revista De Endocrinología Y Nutrición. Vol. 11, No 2. Pp. 73-79.

Shuartz Y Weiss. (1978). Citado En: Amigo, V. I. Fernández, R. C. Y Pérez, A. M. (1998). Manual De Psicología De La Salud. Edit. Pirámide. Madrid. Pp. 31.

Siglo XXI (Edit.). (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid España.

Sistema Nacional De Estadística Y De Información Geográfica (2003). Causas de morbilidad hospitalaria según lugar de importancia (1998-2000). INEGI. (En red). Disponible en:

[Http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?+=msal04&...](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?+=msal04&...)

Sistema Nacional De Estadística Y De Información Geográfica (2003). Tasa de morbilidad de los 15 casos nuevos de enfermedad más importantes, 2000. INEGI. (En red). Disponible en:

[Http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?+=msal06&...](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?+=msal06&...)

Sociedad Andaluza De Medicina Familiar Y Comunitaria (SAMFyC). (1998). Grupo Diabetes SamfyC. (En red). Disponible en:

[Http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm](http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm)

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). (1998)^a. Tratamiento. Grupo Diabetes SAMFyC. Autor.

Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm>

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). (1998)^b. Prevención. Grupo Diabetes SAMFyC. Autor

Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.htm>

Solé, S. J. (Traductor). (1996). Educación para el médico en consulta clínica. Alusión a cómo él debe dar terapia. De: Kretschmer, E. España. Edit. Labor.

Solignac, P. (1987). Importancia de lo psicológico en la medicina. España. Edit. Mensajero.

Solís, G. R. H. (2002). Nota para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. Revista Universidad De Guadalajara. No. 23

Suárez, C. (1986). El Análisis De Contenido. De: Berdín, L. España. Edit. Akal.

UAM. Área Subjetividad Y Procesos Sociales. (1998). Encrucijadas Metodológicas En Ciencias Sociales. UAM. Xochimilco. México.

Taylor, S. J. Y Bogdan R. (1996) Introducción a los métodos cualitativos de investigación cualitativa.

Torres, L. T. M. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. Revista Universidad De Guadalajara. No. 23.

Valdez-Figueroa, I. A; Aldrete-Rodríguez, M. G. Y; Alfaro-Alfaro, N. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente Diabético Tipo II. Revista Salud Pública de México. Vol. 35, No. 5. Pp. 464-470.

Vargas, A. E. (1998). Desarrollo de una investigación de mercado sobre los desordenes de la alimentación con estudiantes y consideraciones al respeto. Tesis de licenciatura. México. Universidad Iberoamericana.

Vargas, A. y Palacios, V. (1993). Educación para la salud. México, D. F. Edit. Interamericana.

Vargas, L. E. (1996). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. México. UAM Xochimilco.

Vargas, F. J. J., Ibáñez, R. E. J., Jiménez, R. D. (2003). Redes sociales de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 6 (2), Junio. UNAM FESI.

Vargas, A. y Palacios, V. (1993). Educación para la salud. México D. F. Edit. Interamericana.

Vázquez, Ch. C; Salinas, O. S; Gómez, D. R. A; Rosso, J. M. M; Jiménez, V. M Y; Argüero, S. R. (2003). ¿Cuál es el nivel de insulina en una población mexicana en su peso ideal? Revista Endocrinología Y Nutrición. Vol. 11, No. 1. México.

Vázquez, O. J. J. (2002). La necesidad de una psicología social de la salud en México. Psicología Y Salud. Vol. 12, No. 1.

Vázquez, V. V. Y; López, A. J. C. (2001). Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9. No. 2. Pp. 91-96.

Vega, C. M. (2002). Psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. UNAM. FESI.

Velásquez, M. O; Lara, E. A; Martínez, M. M. Y; Márquez, F. F. (2000). La detección integrada como un instrumento para vincular la prevención primaria, el tratamiento temprano y la vigilancia epidemiológica en Diabetes e Hipertensión arterial. Revista Endocrinología Y Nutrición. Vol. 8, No. 4. Pp. 129-135. México.

Werner, D. Y Bower, B. (1987). Aprendiendo a promover la salud. México. Edit. Fundación Herperain Y Centros De Estudios Educativos. A. C. Usa.

Werner, S. R; F, Pleicioni. M. C Y; C. Chiattonne. H. B. (2002). La psicología de la salud latinoamericana, hacia la promoción de la salud. Internacional Journal Of Clinical And Healt Psychology. Vol. 2, No. 1. Pp. 153-172

Wilson, J. D. y Foster, W. D. (1989). Endocrinología. Edit. Panamericana. Buenos aires argentina.

Yáñez, E. (1986). Hospitales de seguridad social. Edit. Limusa. México.

A

N

E

X

O

S

ANEXO 1.

¿TIENE DIABETES Y NO LO SABE?

¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Responda este cuestionario y conozca su calificación*

Fecha: ____ / ____ / ____ Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Cuenta con seguridad social Sí _____ No _____ IMSS _____ ISSSTE _____ OTRO _____

Para encontrar si está en riesgo de tener diabetes, responda este cuestionario y marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted.

	Sí	No	Peso corporal de alto riesgo. (Sobrepeso del 20%)	
			Estatura____(m) (sin zapatos)	Peso____(kg) (restar peso de la ropa)
1. De acuerdo a mi estatura, mi peso es igual o superior al anotado en la tabla.	5	0		
2. Normalmente hago poco o nada de ejercicio (Sólo para personas con menos de 65 años).	5	0	1.40	58.8
			1.42	60.5
			1.44	62.2
3. Tengo entre 45 y 64 años de edad.	5	0	1.46	63.9
			1.48	65.7
4. Tengo 65 años de edad o más.	9	0	1.50	67.5
			1.52	69.3
5. Alguno de mis hermanos tiene diabetes.	1	0	1.54	71.1
			1.56	73.0
6. Alguno de mis padres tiene diabetes	1	0	1.58	74.9
			1.60	76.8
7. Si usted es mujer y ha tenido bebés de más de cuatro kilos de peso al nacer	1	0	1.62	78.7
			1.64	80.7
			1.66	82.7
			1.68	84.7
			1.70	86.7
			1.72	88.8
			1.74	90.8
			1.76	92.9
			1.78	95.1
			1.80	97.2
			1.82	99.4
			1.84	101.6
			1.86	103.8
			1.88	106.0
			1.90	108.3
Total				

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: Está en bajo riesgo de tener diabetes por ahora. Pero no olvide que en el futuro puede tener un riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar dentro de 2 años nuevamente el cuestionario.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación: Si alcanzó 10 o más puntos, está en un alta riesgo de tener diabetes, hágase la determinación de azúcar en sangre, consulte a su médico y practique estilos de vida saludable.

Glucemia capilar _____mg/dl
Prueba confirmatoria _____mg/dl

*(Modificado de (ADA)

(Velásquez, Lara Martínez y Márquez, 2000)

ANEXO 2.

PRUEBA PARA CALIFICAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Con esta prueba (Velásquez, Lara Martínez y Márquez, 2000), pretenden que la población identifique en sí misma los factores más comunes de riesgo para padecer Diabetes mellitus o hipertensión, una vez identificados estos factores estarán en condiciones de realizar acciones para modificar sus hábitos en pro de un estilo de vida saludable.

Estilo de vida saludable.

	Sí	No
Mi peso es adecuado	*	
Diariamente consumo frutas y verduras	*	
Hago ejercicio y o realizo actividades físicas	*	
Evito consumir en lo posible grasas de origen animal	*	
Consumo sal en baja cantidad	*	
No fumo ni me expongo al humo del tabaco	*	
No consumo bebidas alcohólicas o lo hago con moderación	*	

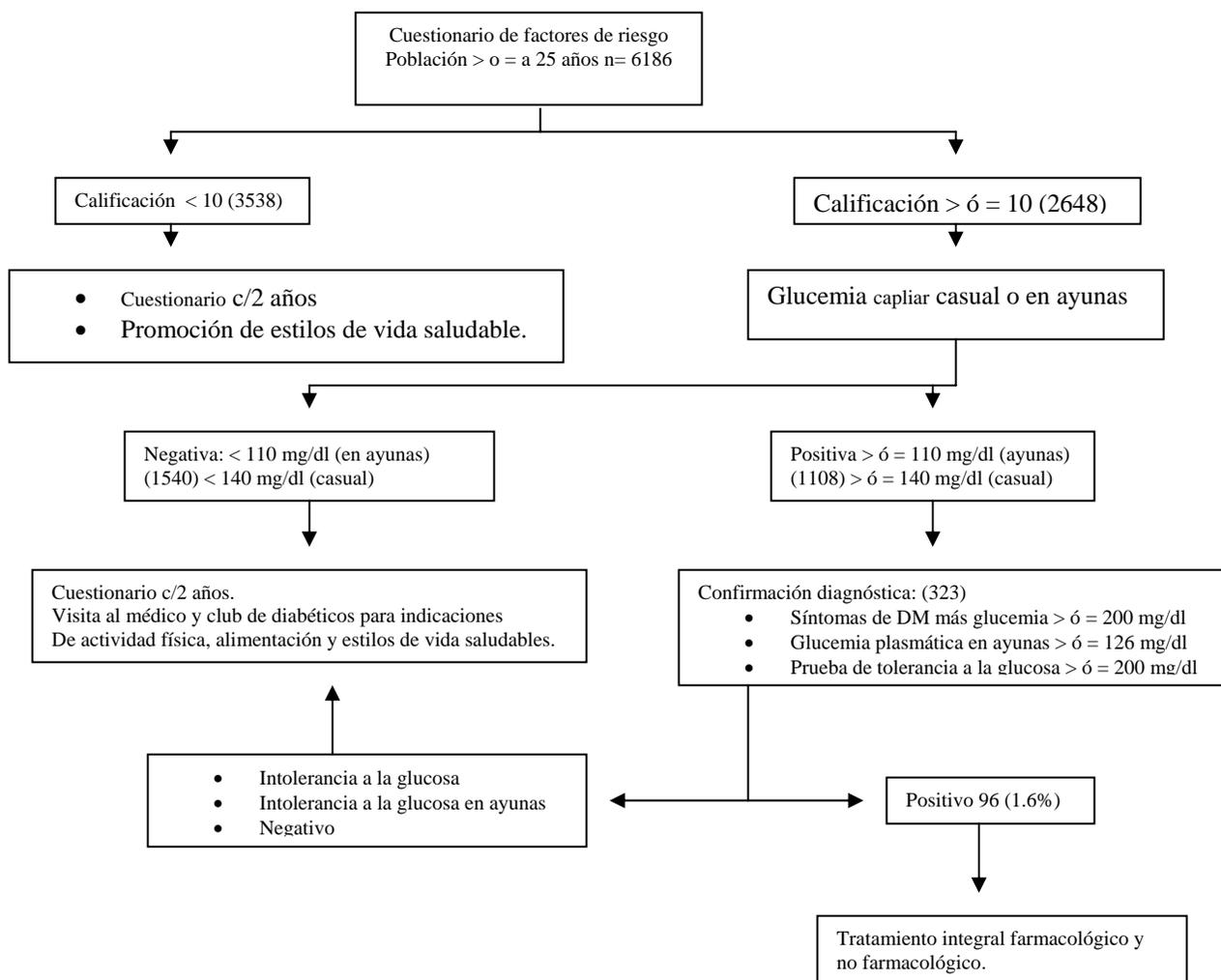
* Estilo de vida saludable

Si en algunos aspectos, tu estilo de vida no es saludable, acude a tu médico y al grupo de ayuda mutua (club de diabéticos y/o hipertensos) para hacer los cambios necesarios.

ANEXO 3.

PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS.

Según (Velásquez, Lara Martínez y Márquez, 2000), este es el logaritmo de procedimientos para detectar y diagnosticar diabetes. Con ello se pretende detectar a tiempo a un mayor número de pobladores y con ello proporcionar a éstos tratamiento oportuno y adecuado.



ANEXO 4.

El municipio de Nicolás Romero, Estado de México; se encuentra ubicado en la zona norte de la ciudad de México y forma parte del área metropolitana. Es un municipio semi urbano, que cuenta con poblados rurales y semiurbanos donde varían notablemente las culturas alimenticias de los pobladores.

Respecto de la cultura alimenticia de la región, se consumen de manera básica y general los siguientes alimentos: verduras, frutas, carnes, lacteos, huevos, cereales, pan y tortillas. Pero, hay poblaciones y pobladores donde las dietas básicas son las siguientes:

- Verdura, carne, legumbres, frutas y huevos.
- Frijol, chile y tortilla.
- Tortilla y chile.

Los dos últimos tipos de dieta, son típicos de los pobladores de escasos recursos económicos, que además viven básicamente en las zonas rurales del municipio. Pero, debido a que la zona geográfica es lluviosa en verano, los pobladores en esa temporada, consumen además de tortillas, salsa y frijol; Hongos que aparecen en la temporada de lluvias, quelites, y verdolagas que también se recolectan en las milpas; también consumen nopales, chayotes, calabazas y flor de calabaza, ya que estos alimentos, si bien no crecen en los llanos, si son plantados por los pobladores para el consumo propio ya que las semillas son de fácil acceso y las plantas son de bajo costo de manutención y gran rendimiento.

También existe, muy arraigada entre los pobladores en general, la alimentación a base de productos derivados del maíz como son: sopes, tlacoyos, huaraches, gorditas, quesadillas y tortillas; alimentos comúnmente llamados entre los pobladores como “garnachas”, estas son consumidas durante todo el año, tanto por las personas de escasos recursos, ya que la base de estos alimentos son el maíz, el fríjol y la salsa; como por los habitantes de las zonas semiurbanas clasemedieros, que gustan de disfrutar estos alimentos, principalmente los fines de semana o a las afueras del trabajo y de las escuelas.

También se consumen alimentos de temporada como son los elotes hervidos con pericón y tequesquite, o asados, los esquites, gorditas de maíz dulces y saladas, hongos de mazorcas llamados “Huitlacoche”, hongos de llano, dulces de calabaza y tejocote.

En cuanto a las carnes, en el municipio se consumen de manera tradicional y casi religiosa, los famosos tacos placeros de menudencias o carne maciza, principalmente de res, durante toda la semana, pero principalmente los fines de semana, y además de estos, los fines de semana también son típicos los tacos de carnitas de cerdo y de barbacoa de borrego, aunque estos también pueden

conseguirse entre semana, al igual que las truchas de río abundantes en la región.

También se consumen de manera cotidiana, los tamales y atoles preparados a base de masa de maíz y harina.

Otros alimentos consumidos aunque no de manera común entre los pobladores son los gusanos de maguey, gusanos de maíz y los escamoles o guijes que no son más que huevecillos de hormigas, conejo y palomas. Estos alimentos son de fácil acceso y bajo o nulo costo en las zonas rurales para los pobladores de las mismas, pero a excepción del conejo y la paloma, resultan muy caros para quienes desean comprar éstas delicias de la naturaleza.

Por otra parte, los alimentos típicos que se consumen durante las fiestas, son el mole rojo o verde, carnitas de puerco, barbacoa, de borrego o res, carnes al pastor o asadas al carbón, además de pozole y carnes en adobo, estos dos últimos platillos un poco menos típicos y preparados solo en pequeñas fiestas familiares.

Así, en los pobladores de las zonas rurales son más comunes los alimentos preparados a base de maíz, frijol, tortillas y verduras típicas de la región, así como de hongos y carnes de animales principalmente criados o cazados por ellos mismos, pero de manera menos regular. Sin embargo, aquellos pobladores de zonas rurales que tienen más recursos económicos, además de consumir éstos alimentos, consumen alimentos ricos en grasas animales la mayor parte del tiempo y por supuesto aquellos alimentos que pueden conseguirse en las tiendas locales como son enlatados, embotellados o empaquetados, de la misma manera los pobladores de las zonas urbanas consumen este tipo de alimentos con más frecuencia que los alimentos de temporada, además de consumir principalmente lo que está a su alcance según su actividad diaria y según su capacidad adquisitiva.

De esta manera el tipo de alimentación depende principalmente de la capacidad económica de cada poblador, pero también de la zona donde éste habita y labora, así como también depende de los hábitos alimenticios que este aprendió de su comunidad (Esparza, 1999).