



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**Facultad De Psicología**

**“RASGOS DE TEMPERAMENTO Y  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:  
**Licenciada en Psicología**

Presentan:

**GRACIELA GARDUÑO SÁNCHEZ**

**MIRNA YOLANDA ZÚÑIGA VARAS**

Directora de Tesis: Mtra. Lilia Joya Laureano

Revisora de Tesis: Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha

Asesora Metodológica: Mtra. Maria de Lourdes Monroy Tello





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

AGRADECEMOS A TODOS LOS MAESTROS, DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA QUE GRACIAS A SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA LOGRAMOS PLASMAR ESTE TRABAJO Y CONCLUIR UNA DE LAS MAS IMPORTANTES METAS DE NUESTRAS VIDAS.

Y AGRADECEMOS ESPECIALMENTE A NUESTRA, DIRECTORA DE TESIS MTRA. LILIA JOYA LAUREANO, QUE CON SUS CONOCIMIENTOS, PACIENCIA Y DEDICACIÓN; NOS APOYO EN LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.

A LA MTA. LAURA SOMARRIBA ROCHA POR SU MAGNIFICA ENSEÑANZA, ATENCIÓN Y ENTEREZA LOGRAMOS APRENDER DE ELLA.

A LA MTA. MARIA DE LOURDES MONRROY TELLO. POR SU GRAN ESMERO E INVALUABLE ASESORIA QUE NOS GUIO EN LA TRAYECTORIA DE ESTE TRABAJO.

¡MUCHAS GRACIAS Y QUE DIOS LAS BENDIGA!

TAMBIEN AGRADECEMOS A LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTABLES Y A SUS AUTORIDADES QUE NOS BRINDARON LAS FACILIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

Y SOBRE TODO AGRADECER A LA MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS, LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, POR DARNOS LA OPORTUNIDAD DE SER PARTE DE SU COMUNIDAD Y DECIR CON ORGULLO “ **POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU**”.

## **DEDICATORIA**

A mi mama por su infinito apoyo, amor y comprensión

A mi papa por enseñarme el valor del estudio, por su amor y apoyo

A mi hermano por acompañarme en el camino de la vida

A mi esposo por su amor y apoyo

A mis hijos por las enseñanzas y el amor que me brindan día a día

A mi tío Antonio con cariño

A mi abuelita Dominga con mucho cariño.

A todos muchas gracias.

**Graciela Garduño Sánchez**

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES**

Leopoldo Zúñiga Castrejón  
Leandra Vargas Morales

Por su Apoyo Incondicional.  
GRACIAS

### **HOMENAJE A MI MADRE:**

Sin sonrisa de mujer no hay gloria completa de hombre.

José Martí

**Mirna Yolanda Zúñiga Vargas**

**"Lo que con mucho trabajo se adquiere, más se ama."**

*Aristóteles*

**"Debe hacerse en cada momento, lo que en cada momento es necesario."**

*José Martí*

**"Quien se alimenta de ideas jóvenes, vive siempre joven..."**

*José Martí*

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I DIABETES MELLITUS</b>	
Definición.....	6
Epidemiología.....	6
Etiología.....	8
Factores de riesgo.....	8
Sintomatología.....	9
Síntomas secundarios.....	10
Fisiopatología.....	10
Tipos de diabetes.....	11
Diagnóstico.....	12
Tratamiento para la diabetes.....	12
Impacto psicológico en el paciente diabético.....	14
<b>CAPÍTULO II ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	
Adherencia terapéutica.....	16
Definición de adherencia .....	16
Investigaciones sobre adherencia.....	17
Teorías Psicológicas sobre la adherencia.....	19
Los Modelos conductuales.....	19
Modelo operante.....	19
Modelo de comunicación.....	19
Teorías cognitivas del aprendizaje.....	20
a)Teorías de la autoeficacia.....	20
b) Teoría de la acción razonada.....	20
c)Modelo de creencias sobre la salud.....	20
Enfoque educativo para la adherencia.....	21
Funciones de la Educación diabetológica.....	21
Tipos de programas en educación diabetológica.....	22
Técnicas para la educación diabetológica.....	22
La falta de adherencia.....	23
Adherencia terapéutica y salud pública.....	24
Manifestaciones de la baja adhesión.....	24
Datos sobre el incumplimiento terapéutico.....	25
Consecuencias médicas de la no de adherencia.....	26
Consecuencias clínicas en los pacientes por falta de adherencia.....	26

### **CAPÍTULO III PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Psicología de la salud.....	29
Psicología de la salud y diabetes.....	29
Evaluación psicológica en diabetes.....	31
Aspectos psicológicos a evaluar en el paciente diabético.....	31
Psicología de la salud y grupos de autoayuda.....	34

### **CAPÍTULO IV RASGOS DEL TEMPERAMENTO**

Definición de rasgos y personalidad.....	37
Investigaciones sobre Rasgos del Temperamento y Personalidad en Diabetes Mellitus tipo 2 .....	40

### **CAPITULO V METODOLOGÍA**

Planteamiento del problema.....	43
Objetivo.....	43
Variables.....	43
Definición operacional.....	44
Muestra.....	44
Características de la muestra.....	44
Tipo de muestra.....	44
Hipótesis nula.....	44
Hipótesis alterna.....	45
Instrumentos.....	45
Diseño de investigación.....	48
Tipo de estudio.....	48
Procedimiento.....	48
Análisis de datos.....	48

### **CAPITULO VI RESULTADOS**

Análisis de resultados.....	49
Análisis sociodemográfico.....	49
Análisis comparativo entre grupos.....	56
Análisis de perfiles de personalidad.....	58

### **CAPITULO VII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Discusión y conclusiones.....	65
-------------------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>71</b>
--	-----------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>
--------------------	-----------

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar cuáles son los rasgos del temperamento que favorecen la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio se realizó con pacientes de las instituciones: Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social "IMSS" Desarrollo Integral de la Familia "DIF" y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE" a los cuales se les aplicó un cuestionario sobre los antecedentes de la enfermedad y adherencia terapéutica y el Inventario de Rasgos del Temperamento de Taylor y Jhonson, se realizó la aplicación de dichos instrumentos en 100 pacientes, de los cuales se revisaron sus expedientes para conocer sus niveles de glucosa, obtenidos a lo largo de un año y se determinaron 2 grupos 1) Pacientes adheridos: son aquellos pacientes que acuden cada mes a su revisión médica, que toman sus medicamentos, siguen la dieta, realizan los ejercicios recomendados por su médico y están dentro de los niveles de glucosa en sangre alrededor de 126 mg/dl. 2) Pacientes no adheridos : son aquellos pacientes que acuden irregularmente a su revisión médica, que no toman sus medicamentos como se les indicó, no siguen la dieta, no realizan los ejercicios recomendados por su médico y sus niveles de glucosa varían mucho entre sí y están muy por arriba de 126 mg/dl. Se analizaron los datos, obteniendo puntajes crudos, perfiles individuales, además de porcentajes de los rasgos psicológicos que evalúa esta prueba por cada grupo. Se aplicó la t de Student obteniendo diferencias significativas en tres de los rasgos que mide el inventario; en cuanto a los puntajes crudos se obtuvo que los rasgos expresivo-responsivo y el rasgo nervioso fueron significativos, en cuanto a los puntajes de los perfiles se obtuvo que en los rasgos depresivo, expresivo responsivo, y nervioso se obtuvieron diferencias significativas. Sin embargo se considera que la aportación más importante es la obtención de un perfil de las personas con alta adherencia y baja adherencia, que aportan datos para la investigación y al tratamiento por parte de los psicólogos, para que conozcan cuáles son los rasgos que se presentan en las personas con baja adherencia para poder modificarlos o disminuirlos, ya que los resultados en intervenciones psicológicas cognitivas, conductuales y grupos de autoayuda han mostrado que los pacientes pueden mejorar su adherencia al tratamiento. Este trabajo es una investigación descriptiva, desde la Psicología para aportar conocimientos sobre la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos.

## PRESENTACIÓN

Se trata de una investigación descriptiva acerca de los rasgos del temperamento y la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2, la cual inicia con un desglose teórico donde se define la enfermedad, su etiología, factores de riesgo, síntomas, la clasificación de la diabetes y el impacto psicológico que genera al paciente al primer diagnóstico. Se profundiza aun más en lo que respecta a la adherencia terapéutica encontrando diversa bibliografía al respecto ya que es el principal problema que tienen los pacientes y las instituciones que atienden este problema de salud pública y se ha encontrado que las dificultades son sobre todo de tipo conductuales, es decir tienen que ver con una adquisición de conductas como una toma estricta de medicamentos, o administración de insulina, un cambio en los hábitos alimenticios, los cuales también son el aspecto más difícil a seguir por los pacientes y la realización de algún ejercicio, de este último, cabe mencionar que pocas personas se integran a un grupo o rutina de ejercicio, por ejemplo de la muestra de 100 personas para este estudio sólo el 20 por ciento acuden a su institución para realizar ejercicios y a pláticas educativas sobre su enfermedad y los llevan a cabo en los grupos de autoayuda. La falta de adhesión lleva al paciente a complicaciones graves como son deterioro en su vista, en el corazón, en el riñón, entre otros, también la baja adhesión tiene consecuencias económicas para el paciente y para las instituciones públicas debido a que la atención de las complicaciones resulta en importantes gastos económicos, por otro lado la falta de apego también tiene efectos psicosociales ya que para el paciente las secuelas representan sufrimiento físico, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan su calidad de vida. Por otro lado surgen nuevas necesidades en la organización de los servicios de salud pública ya que se requiere más infraestructura, médicos y personal más especializado y capacitado para brindar una atención de calidad que de como resultado que el paciente entienda bien las prescripciones y que esté motivado a llevar a cabo su tratamiento y de acudir a los grupos de auto ayuda. También se realizó una revisión bibliográfica acerca de los rasgos del temperamento y la descripción del instrumento "Inventario de la personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Jhonson". Se presenta una revisión bibliográfica de algunos modelos y enfoques desde los cuáles se puede abordar el problema de la adherencia terapéutica como son las Terapias Cognitivo Conductuales y la Psicología de la Salud, además de los aspectos psicológicos a evaluar en el paciente diabético y los grupos de autoayuda. Se describe la metodología utilizada y se presentan los resultados con su respectivo análisis. Se concluye que si existen diferencias entre los pacientes del grupo 1) adheridos y del grupo 2) no adheridos; y que los pacientes del grupo 1 obtienen perfiles donde destacan los rasgos: tranquilo, alegre, expresivo-responsivo; mientras que en el grupo 2 se obtienen perfiles donde destacan los rasgos: nervioso, depresivo, inhibido. La obtención de estos perfiles es útil para que el psicólogo y los profesionales de la salud que atienden este problema puedan conocer mejor a sus pacientes e incluir la evaluación e intervención psicológica como parte importante del tratamiento del paciente diabético.

# CAPÍTULO I

## DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un padecimiento conocido desde hace mucho tiempo, nombrada por primera vez en el papiro de Ebers (1552 a. c.). En este papiro se menciona una sintomatología similar a la diabetes actual, donde se habla de la poliuria (orinar con frecuencia), el mismo síntoma que Celso mencionaba en el siglo I de nuestra era y al que califica como poliuria indolora (orinar sin dolor); Celso también alude a la pérdida de peso del organismo, hoy en día sabemos que la pérdida de peso se debe a que el flujo excesivo de la orina desecha nutrientes que son indispensables para el organismo. Durante el siglo II, Areteo de Capadocia bautizó a esta enfermedad con el nombre de diabetes (del griego diabinex), que significa (pasar a través de). Areteo especificó que a través de abundante orina el paciente eliminaba su grasa y tejidos por eso perdía peso. En China se conocía como la enfermedad de la sed. Posteriormente Paracelso obtuvo una molécula de sal por evaporización de la orina, pero fue Thomas Willis (1621-1675) quien comprobó que esta sal era dulce, por lo que Cullen (1709 - 1790) añadió al nombre de diabetes el calificativo de “mellitus” (dulce como la miel). Actualmente se conoce como diabetes mellitus.

## DEFINICIÓN

La American Diabetes Association (2004), define a la diabetes como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por la hiperglucemia (niveles altos de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina o en la acción de la misma. La hiperglucemia crónica está asociada con la edad, la calidad de vida y la obesidad, afectando varios órganos del cuerpo principalmente los ojos, riñones, corazón y sistema nervioso.

La definición clínica, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (1999) es que la diabetes mellitus, es una enfermedad crónica que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Que se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque puede coexistir con colesterol y triglicéridos ambos con niveles muy altos.

## EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes es una de las enfermedades con más alta incidencia en la población mundial. En México, la mortalidad por diabetes se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas ya que ocupa el primer lugar de mortalidad con 46 525 casos al año, es decir con una tasa del 46.72% por cada 100.000 habitantes, según la Secretaría de Salud (2005), con respecto a otros

padecimientos crónicos. Los casos registrados en el año 2000 de muerte por diabetes según grupo de edad fue de 15 a 44 años de edad con un deceso de 200 casos, de 45 a 64 años de edad fue de 700 casos y en mayores de 65 años de edad fueron 1200 casos en México, según registros de la Secretaria de Salud (2005). En comparación con la incidencia de muertes asociadas a diabetes mellitus tipo 2 es de 44.4% con respecto a la diabetes mellitus tipo 1, asociado con desnutrición y entre otros padecimientos relacionados con la diabetes es del 55.6% esto quiere decir que los pacientes con diabetes tipo 2 son más propensos a morir. Y en cuanto a genero la mujer es más vulnerable a padecer esta enfermedad ya que ocupa un 53.9% en comparación con los hombres que es de 46.1%. El grupo con más incidencia a padecer esta enfermedad, según estudios realizados entre 1995 al 2001 es de 45 a 69 años de edad con un total de 160,000 casos en nuestro país.

En el periodo 2001 a 2004, las tasas por causa específica de muerte en el Distrito Federal la diabetes Mellitus, entre otras enfermedades, muestra un incremento sostenido, ya que de ocupar una tasa del 76.4 en el 2001 subió gradualmente año con año para ocupar en la 2004 una tasa del 89.4 por cada 100 mil habitantes; por lo que es la principal problemática de la salud en el Distrito federal. (Secretaria de Salud, 2006)

Existe una amplia gama de documentación que demuestra la relación del problema de la diabetes Mellitus con condiciones de vida y de trabajo que requieren ser modificados, pero también es importante considerar que las acciones instrumentadas para detener el crecimiento de la morbi-mortalidad crónico-degenerativa han fracasado.

Con el propósito de atacar esta problemática la Secretaria de Salud del Distrito Federal ha formulado un proyecto de atención basado en tres componentes:

1. La construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica que permite dar un seguimiento puntual al manejo del paciente.
2. Un cambio de los criterios y métodos de detección.
3. Un nuevo enfoque de tratamiento con especial énfasis en el conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento no farmacológico y su incorporación a los grupos de ayuda mutua.

También la institución practicó un protocolo de investigación para estimar el punto de corte óptimo en la edad para la detección de diabetes Mellitus, encontrándose que en nuestra población es a partir de los 35 años cuando se presenta un aumento significativo en la detección de personas sospechosas de padecer diabetes mellitus mediante la prueba de glucemia capilar.

## ETIOLOGÍA

La causa inmediata de la diabetes Mellitus es una insuficiencia de insulina endógena producida por el páncreas. El páncreas es una glándula mixta, exocrina y endocrina, que forma parte del sistema digestivo y que participa tanto en la digestión como en la asimilación metabólica de los alimentos. Su participación en la digestión depende de la secreción exocrina del jugo pancreático, mientras en su papel en el metabolismo esta relacionado con la secreción endocrina de insulina y glucagon, así como de somatostatina. En la patología endocrina del páncreas depende, básicamente de la producción excesiva o insuficiente de las dos primeras hormonas Zarate, (1977) que finalmente se convierte en insuficiencia insulínica y diabetes, adicionado con otros padecimientos ya sea manifiesto o adquirido.

## FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo para adquirir diabetes, clínicamente se clasifican en Modificables y No Modificables. Los factores modificables son los que más preocupan al sector salud, ya que si logra incidir en ellos puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad avance (si es diabético) o bien se retarde su aparición de la enfermedad (Alpizar, 2001) Mientras que los factores no modificables son aquellos que no se pueden manipular ya que existe un factor genético.

### Factores Modificables

- Obesidad.
- Sobrepeso.
- Tabaquismo.
- Manejo inadecuado del estrés.
- Hábitos inadecuados de alimentación.
- Estilo de vida contraria a su salud.
- Índice de masa corporal  $> 0 = a 27 \text{ Kg./m}^2$  en hombre y  $> 0 = a 25 \text{ Kg./m}^2$  en mujeres.
- Índice cintura-cadera  $> 0 = a 90\text{cm.}$  en hombres y  $> 0 = a 80 \text{ cm.}$  en mujeres.
- Presión arterial en cifras  $> 140/90 \text{ mm. Hg.}$
- Triglicéridos  $> 0 = a 150 \text{ mg/dl.}$
- HDL de colesterol  $> 0 = 35\text{mg/dl.}$

### Factores no modificables

- Ascendencia hispana.
- Edad igual o mayor a 45 años.
- Antecedente de diabetes en familiar de primer grado primer grado (padres, hermanos, hijos).
- Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer  $> 0 = a 4 \text{ kilos.}$

En una investigación realizada en Inglaterra en el año 2001 se encontró que cierto tipo de dieta y cierto estilo de vida, se relacionan con la diabetes mellitus tipo 2. Se trabajó con 84,941 mujeres, las cuales se monitorearon durante 16 años (de 1980 a 1996) dichas mujeres libres de diagnóstico de enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer. El grupo de bajo riesgo fue definido acorde a 5 variables:

1. Índice de masa corporal (menor de 25),
2. Dieta alta en cereal con fibra,
3. Grasa poli insaturada y baja en grasa transgénico
4. La realización de moderada a vigorosa actividad física
5. No fumar y la ingesta de nada a 1 bebida alcohólica al día.

De las cuales 3300 mujeres se detectaron con problemas de diabetes tipo 2 como resultado del estudio efectuado la cual se afirma que efectivamente el tipo de alimentación y el estilo de vida son factores importantes para adquirir dicha enfermedad por ejemplo: La talla y la obesidad, son los más importantes predictores de la diabetes, la ausencia de ejercicio, una dieta pobre, fumar y el abuso del alcohol, son asociados con un significativo incremento de riesgo para la diabetes. Finalmente esta investigación soporta la hipótesis de que la mayoría de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se pueden prevenir con la adopción de estilos de vida saludables. Frank B. H, Joann E. Manson, Meir J. Stampfer, Graham Colditz, Simin Liu, Caren Solomon y Wwalter C. Willett. (2001)

## SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas fundamentales que caracterizan a la diabetes de acuerdo a los estudios realizados por Gehling (2000) son:

- **POLIURIA:** Exceso de eliminación de la orina por la necesidad de eliminar la cantidad excesiva de azúcar conducida por la corriente sanguínea.
- **POLIDIPSIA:** Sed excesiva, se debe a que el paciente es privado del valor alimenticio de azúcar que se pierde en la orina y que la utilización de las grasas es imperfecta.
- **POLIFAGIA:** Aunque la sangre del diabético no tratado puede contener cantidades excesivas de azúcar y grasas, estas sustancias no se utilizan adecuadamente, de modo que literalmente el paciente se muere de hambre.
- **ASTENIA:** Perdida de peso, a pesar de la mayor ingestión de alimentos el paciente pierde peso porque no puede utilizar la glucosa (eliminada por la

orina) y tiene que utilizar las proteínas y la grasa almacenadas (Lab. Roche, 2000).

## **SINTOMAS SECUNDARIOS**

Existen otros síntomas que se presentan a principios de la enfermedad, que son menos llamativos y son inadvertidos en un 30% a 50% de los casos Pardo (2000).

Los más frecuentes son.

- Prurito generalizados o en genitales
- Propensión a infecciones de la piel
- Retardo en la cicatrización de las heridas
- Infecciones de las encías. Aflojamiento de los dientes
- Dolores y hormigueos en las extremidades
- Alteraciones en la vista (vista borrosa)
- Debilidad muscular
- Fatiga
- Nauseas y vómito
- Llagas
- Cuerpo adolorido
- Piel seca

## **AUSENCIA DE SÍNTOMAS**

No todos los diabéticos pueden presentar estos síntomas en su totalidad, algunos sufren uno o dos síntomas, y más de la mitad no tienen ninguno. Existen, por tanto, diabetes ignorada o asintomática, que por ser ligeras no se acompañan de ninguna molestia. El enfermo se encuentra bien, pero en realidad sus órganos internos (ojos, riñones, nervios y, en general, el aparato circulatorio) se van deteriorando como consecuencia de un mal aprovechamiento del azúcar y al cabo del tiempo puede ser una complicación la que hace que se descubra la diabetes.

## **FISIOPATOLOGÍA**

Dentro de la fisiopatología de este padecimiento se agrupan los siguientes factores de acuerdo a Polaino y Lorante (1990).

1. EL COMPORTAMIENTO ALTERADO DE LAS CÉLULAS BETA DEL PÁNCREAS. Estas células son las encargadas de producir la insulina, hormona indispensable para el metabolismo de los hidratos de carbono, en

los diabéticos existe una disminución de las células Betas en los islotes pancreáticos, lo que genera un nivel muy bajo en sangre.

2. EL HIGADO. La carencia de la insulina es la que determina la falta de control, por parte del hígado, de la producción de glucosa y de los procesos de cetogénesis y lipólisis, sí la insulina de la que dispone el organismo resulta insuficiente la glucosa no puede ingresar de las células por lo tanto las células se quedan sin aporte energético que las hace funcionar adecuadamente.

### 3.- LAS HORMONAS.

- INSULINA. Hormona que se produce en las células Beta del páncreas y que se libera en la sangre de forma continua en mayor o menor cantidad, en función de las cuales sean sus exigencias por parte del organismo en ese momento, lo que determina principalmente el mayor o menor ingreso de hidratos de carbono, y secundariamente por el mayor o menor nivel de ácidos grasos, cuerpos cetónicos y aminoácidos en nuestro organismo.
- EL GLUCAGON. Hormona que se produce en las células Alfa del páncreas que cumple una doble e importante función en nuestro organismo, con respecto a la diabetes, regulando la hipoglucemia, también estimula la liberación de insulina favoreciendo el metabolismo de los alimentos.
- LA SOMATOSTATINA. Hormona que se produce en las células Delta del páncreas y el hipotálamo y que tiene efectos y acciones muy variadas sin embargo dentro de la diabetes su principal función es inhibir la acción de la insulina y del glucagón.
- OTRAS HORMONAS. Como la Adrenalina y la Noradrenalina, la hormona de crecimiento, los glucocorticoides, la hormona tiroidea, los estrógenos y aldosterona pueden aumentar un efecto inhibitor sobre la insulina, debido a factores estresantes.

## TIPOS DE DIABETES

El Programa Institucional para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. IMSS (1999) clasifica a la diabetes de la siguiente manera:

- DIABETES MELLITUS TIPO 1, que se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas, que suele llevar a la deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas por lo general estos pacientes son insulino-dependiente antes de los 30 años.

- **DIABETES MELLITUS TIPO 2**, se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina concomitantemente una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Aquí se incluye a poco más del 90% de todos los diabéticos. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años y no dependen de insulina para sobrevivir.
- **DIABETES GESTACIONAL**, se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer después del parto, pero la probabilidad de desarrollar diabetes Mellitus entre cinco y diez años después, es del 30% al 60%.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la diabetes se confirma con la determinación de glucosa en la sangre y en la orina, elementos necesarios que servirán durante toda la vida del paciente para monitorear la evolución de su enfermedad a través del tiempo. También es importante que el paciente conozca el comportamiento de su propio organismo para mantener una buena adherencia al tratamiento.

Los expertos en esta materia reconocen que existen grupos intermedios en la medición de la glucosa considerando que una persona con niveles de <100 mg/dl en ayunas es normal, de 100 – 125 es tolerante a la glucosa y de >126 es diagnosticado diabético (American Diabetes Association, 2004).

## TRATAMIENTO PARA LA DIABETES

El tratamiento que se realiza en la diabetes Mellitus dependerá de la evolución de la enfermedad y del tipo de diabetes, por lo que el médico es la persona más indicada y / o el único que puede determinar qué tipo de tratamiento llevará el paciente y sobre todo que el paciente acepte el tratamiento.

Entre los tratamientos clínicos a los que el diabético debe adherirse son tres, sin importar el tipo de diabetes que tenga el paciente:

1. **Tratamiento dietético:** Indicado como un régimen de alimentación adecuada ya sea para bajar o subir de peso, dependiendo de las necesidades del paciente y tomando en cuenta edad, sexo y actividad física. Este régimen consiste en eliminar los carbohidratos y consumir proteínas en forma moderada, las grasas no se recomiendan sin embargo en pequeñas cantidades es favorable para el organismo. En cuanto a leguminosas y dieta rica en fibras dan buen resultado para el control de la glucosa (Gaitán, 1998).

La American Diabetes Asociación recomienda el consumo de una variedad de frutas, vegetales, granos, productos bajos en grasa o sin grasa,

pescado, legumbres, y carnes blancas limitar el consumo de comidas con alta saturación de grasas, grasas transgénicas y colesterol y sustituirlo por grasa insaturada de vegetales, pescado, leguminosas y nueces. Enfatizar una dieta rica en frutas, vegetales y productos bajos en grasa. Limitar la sal en 6 gr. por día (2400 Mg. de sodio), limitar el consumo de alimentos salados o de agregar más sal a la comida y limitar el consumo de alcohol a no más de 2 bebidas al día en hombres y 1 al día en mujeres. Klein Samuel, Sheard Nancy F., Pi Sunyer Xavier, Daly Anne, Wylie Rosett Judith, kulkarni Karmeen y G. Clark Nathaniel, (2004).

2. **Ejercicio físico:** El ejercicio es uno de los principales elementos del tratamiento de la diabetes, tanto en pacientes mellitus tipo 1 como en diabetes mellitus tipo 2, ya que su práctica previene el desarrollo de la enfermedad, combate la obesidad y conserva la salud, dando así un mejor aspecto y una calidad de vida, también se toma en cuenta la edad y el sexo (Gaitán, 1998).

Klein Samuel et al (2004) mencionan que el ejercicio regular y las actividades aeróbicas pueden ayudar a proveer insulina en el cuerpo y por lo tanto a un control de la glicemia en la sangre y puede reducir la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, además de ayudar a evitar enfermedad cardiovascular y padecimientos coronarios en los pacientes diabéticos.

3. **Tratamiento farmacológico:** Los más utilizados en clínica son los hipoglucemiantes por vía oral, sin embargo actualmente los médicos recomiendan en algunos pacientes sólo dietas y ejercicios. Los hipoglucemiantes tienen la propiedad de hacer disminuir la cantidad de glucosa en la sangre, también beneficia al páncreas cuando todavía tiene la posibilidad de producir algo de insulina (Gaitán, 1998).

Actualmente se utilizan los siguientes hipoglucemiantes de acuerdo con los estudios realizados por Fonseca y Chargo, (2002).

1. Sulfonilurias. Estas ayudan al organismo a producir más insulina, actúan principalmente estimulando al páncreas.
2. Biguanidas. Su función principal es a nivel muscular, tejido graso e hígado. disminuyen la producción hepática de glucosa y aumentan la utilización de la glucosa inmediata llamada glucólisis.
3. Acarbosa. Este medicamento hace que los azúcares que se ingieren sean absorbidos más lentamente por el intestino y, por tanto, el paso a la sangre no es tan rápido, lo que permite obtener niveles de glucosa más estables.
4. Tiazolidinedionas. Este medicamento refuerza la acción de la insulina haciendo que el cuerpo trabaje con un requerimiento menor de ella.

En el caso de diabetes mellitus tipo 1 se utiliza la insulina que es el mejor recurso para el tratamiento de dicho padecimiento y en ocasiones se utiliza en algunos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cuando existe un nivel muy elevado de glucosa. La insulina puede ser de varios tipos: bovina, porcina o humana. Sin embargo actualmente se utiliza la insulina humana de manera casi exclusiva, ya que la insulina animal en muchos casos causa reacciones alérgicas e inmunológicas (Islas, 1999).

## **IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA DIABETES EN EL PACIENTE**

En términos generales el paciente diabético no sólo considera el padecimiento un deterioro corporal, sino también un elemento que puede alterar o destruir su estado emocional. Cuando la persona recibe el diagnóstico tiene que enfrentarse a situaciones nuevas que cambiarán o afectarán sus relaciones personales, familiares, conyugales, laborales y sociales. Desde ese momento el paciente deberá vigilar su salud en cuanto su tratamiento farmacológico, dietético, físico, así como buscar apoyo psicológico para prevenir complicaciones posteriores.

El impacto psicológico ante el diagnóstico del paciente crónico degenerativo, experimenta cinco momentos críticos:

1. Negación: cuando el paciente niega o piensa que no tiene ninguna enfermedad.
2. Temor: surge el miedo a quedar invalido y/o morir por causa de la enfermedad.
3. Suplica: etapa por la cual el enfermo pide a su médico, familiares, curanderos, etc., que le ayuden a deshacerse de la enfermedad.
4. Resignación: es cuando el paciente al no ver ninguna forma de quitarse la enfermedad y en su búsqueda de la curación efectiva reconoce al final que su padecimiento no se le podrá quitar pero sí controlar adecuadamente.
5. Aceptación: es la etapa en que el paciente acepta vivir con el padecimiento y hace lo posible para buscar información adecuada sobre su padecimiento, según duran (1997).

Se pueden presentar síntomas y enfermedades emocionales que suelen ser afecciones duraderas, que se manifiestan por falta de flexibilidad o inadaptación al entorno, que ocasionan frecuentes problemas laborales y sociales, y generan molestias y daños a la propia persona y a los demás. Enciclopedia Microsoft Encarta, (2003).

Desde el punto de vista psicológico los pacientes pueden presentar:

- **Ansiedad**: es un estado emocional displacentero que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos (como el agotamiento) eso sucede a que el temor a amenazas reconocibles causa tensión mental (Goldman, 1995).

- Depresión: enfermedad del estado de ánimo que se presenta frecuentemente en hombres y mujeres a consecuencia de varios factores, principalmente por la pérdida de un ser querido o de salud por enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes (Mondragón, 2004 en A tu salud, IMSS).
- Baja autoestima: es la disminución de la capacidad que tienen las personas para evaluarse a sí mismas, sobre todo en los aspectos positivos de su persona, de su vida y de sus logros, generado por la depresión (Mondragón, 2004 en A tu salud, IMSS).
- Mecanismos de defensa: Son estrategias inconscientes, para reducir la ansiedad al ocultar ante el propio individuo y ante los demás el origen de ésta (Feldman, 2002). Uno de los mecanismos más frecuentes en el paciente diabético es la negación en donde la persona se rehúsa aceptar o reconocer algo que le está sucediendo, en este caso una enfermedad que le produce ansiedad.
- Pensamientos suicidas: El suicidio se define como toda acción que tiene como objeto terminar con la propia vida y el pensamiento o intencionalidad, se refiere al grado de deseo que tiene la persona para quitarse la vida. (Alcántara, 2004 en A tu salud, IMSS). Esto se manifiesta cuando la persona disminuye su capacidad de valorar su persona y siente que la vida no tiene sentido, al igual que la depresión se genera por problemas ambientales (sociales, económicos o por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas). Y finalmente el diagnóstico no sólo causa impacto al paciente sino también a la familia afectando su dinámica familiar. En el sentido de invertir más tiempo al cuidado del paciente, como la vigilancia de su dieta y viajes a chequeos médicos, que generan elevados costos económicos.

## **CAPÍTULO II**

### **ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Con un tratamiento adecuado la mayoría de los diabéticos alcanzan niveles de glucosa en un rango próximo a la normalidad. Esto les permite llevar una vida normal y previene las consecuencias a largo plazo de la enfermedad, sin embargo no siempre es así ya que en nuestra sociedad como en otras, la adherencia a los tratamientos médicos es un problema clínico y más aún cuando existe una enfermedad crónico degenerativa, donde el paciente se enfrenta a un tratamiento largo, asistencia frecuente a la clínica y requiere de implementar un plan de tratamiento y un cambio en su estilo de vida.

### **DEFINICIÓN DE ADHERENCIA**

Polaino (1990) define la adherencia o cumplimiento del tratamiento como el patrón de comportamiento idóneo mediante el cual un diabético puede influir favorablemente en el curso de su enfermedad.

Puente Silva (1984) define la adherencia como el proceso a través del cual el paciente lleva acabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas.

Para que la adherencia al tratamiento para la diabetes sea posible han de generarse las condiciones necesarias para que el paciente conozca y comprenda su trastorno, sepa cómo reaccionar ante sus manifestaciones y domine a fondo la rutina diaria que implica su tratamiento (Latorre, 1992). Sin embargo el principal problema en diabetes es la presencia de una cantidad excesiva de glucosa en el torrente sanguíneo sin que pueda ser aprovechada por las células (Polaino – Lorante, 1990) del organismo causando serios problemas de salud, en donde el paciente tiene que enfrentarse a sucesivos tratamientos para volver a mantener los niveles de glucosa que se requiere para que su cuerpo funcione adecuadamente. Como se ha mencionado el nivel glucémico depende de la insulina, de la ingesta de alimentos (dieta), del ejercicio físico (Polaino, 1990) y de los hipoglucemiantes orales (IMSS, 1999). Por lo tanto es el propio paciente el que tiene la decisión de mejorar o de agravar su padecimiento sea elevando o bajando su nivel de glucosa, procediendo directamente o indirectamente sobre algunos aspectos ya mencionados, cumpliendo o no con la adherencia al tratamiento.

Para efectuar una buena adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos es necesario considerar los siguientes pasos para una adecuada intervención.

1. Dar información, sobre la diabetes, ya que al conocer en qué consiste su enfermedad, el paciente será más receptivo y estará en mejor disposición para aceptar el papel activo que le corresponde desempeñar para el resto de su vida (Beneit en Latorre, 1992).
2. Formación en autocuidado, de la diabetes, el paciente necesita ser formado, al menos en los siguientes aspectos:
  - a) Si es diabético tipo 2, tomar los medicamentos tal y como se lo indicó el médico, llevar una dieta balanceada, realizar ejercicios de acuerdo a su capacidad, chequeo de glucosa de laboratorio y cuidados generales del cuerpo.
  - b) Si es diabético tipo 1, suministrar insulina adecuadamente, dieta, autoanálisis de glucosa (en sangre y en orina), realizar también ejercicio físico y cuidados generales sobre la salud (Beneit en Latorre, 1992).

Pero a veces sucede que la adherencia al tratamiento no es fácil, ni se considera como única solución, ya que el tratamiento de la diabetes es diferente en cada paciente considerando la edad, evolución de la enfermedad, tipo de diabetes, escolaridad, etc., esto hace que la enfermedad sea complicada porque no siempre el paciente sigue al pie de la letra las indicaciones del médico, generando la falta de adherencia. Investigaciones realizadas han comprobado que el estilo de vida influye para mantener una buena adherencia o no ha un tratamiento.

## **INVESTIGACIONES SOBRE ADHERENCIA**

En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre los años 2001 al 2002 se aplicó un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, concluyendo que las mujeres alcanzaron la mejor calificación en el dominio de nutrición, ya que está asociada con exposiciones repetidas por el personal de salud, debido a su mayor asistencia a las unidades de atención médica y sobre todo que las mujeres preparan los alimentos lo cual les permite decidir el menú con más facilidad que a los hombres (López, Carmona y cols., 2003). También en el mismo estudio encontraron que los pacientes de 60 años de edad mantienen una buena adherencia al tratamiento debido a que ha mayor edad los pacientes presentan más enfermedades o complicaciones que arriesgan su pronóstico, por lo que parecen estar dispuestos a modificar su estilo de vida y seguir las indicaciones del personal de salud.

Por otra parte la prevención y control de la diabetes Mellitus tipo 2, también es una forma de adquirir hábitos importantes para mantener en condiciones óptimas los niveles de glucosa. La Asociación Médica del American British Cowdray Hospital (2002) realizó estudios clínicos controlados sobre la prevención de diabetes mellitus tipo 2, los estudios realizados se enfocan principalmente a la prevención, estilo de vida y administración de hipoglucemiantes. Con los datos obtenidos se observó que la mejor terapia para prevenir, controlar (adherirse) y retrasar la

aparición de la diabetes mellitus tipo 2 es la dieta y el ejercicio, es decir, los cambios en el estilo de vida. Sin embargo estos cambios en el estilo de vida son una variante, ya que algunos factores modificables (control de peso, disminuir grasas, hacer ejercicio, etc.) no se encuentran estrictamente bajo control voluntario, por lo tanto no hay control o adherencia adecuada en el tratamiento (Tamayo, 2002).

Por otro lado Schechter y Walker en el 2002, realizaron una investigación con personas diabéticas y concluyeron que la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus depende de un plan integral de auto-control dentro de la vida diaria del paciente y debe incluir una variedad de intervenciones: educativas, conductuales y afectivas que en conjunto con las prescripciones médicas ayudan al paciente a tener una mejor adherencia y que es mejor si se usan en combinación.

Para optimizar la salud del individuo diabético se debe implementar un plan de dieta y ejercicio, frecuentes exámenes médicos, exámenes médicos anuales de ojos, pies y de las prescripciones de los medicamentos tomados o inyectados, ya que son las conductas sustanciales para el cuidado en esta enfermedad a lo largo de la vida. (Schechter y Walker, 2002).

Desafortunadamente se ha encontrado que las principales complicaciones de la diabetes son a nivel vascular lo que demanda que un plan de autocontrol con los pacientes diabéticos sea impuesto. Suceso que requiere la alianza del paciente y de un grupo de especialistas como son: psicólogos, enfermeras, dietistas, educadores en diabetes, médicos y otros especialistas de la salud. (Schechter y Walker, 2002).

En primera instancia se debe contar con la participación de la familia del paciente diabético para monitorearlo en el seguimiento progresivo de su plan de auto-control y progresivamente hasta que el paciente lo lleve a cabo, ya que la principal dificultad en la implementación de estos planes es que es delegado a otro u otros miembros de la familia, cuando se trata de un cambio de conductas que debe llevar a cabo principalmente el paciente. (Schechter y Walker, 2002).

Todas las múltiples variables de esta enfermedad, deben ser tomadas en cuenta para la implementación de un plan de auto-control. Se debe enfocar en la adopción y mantenimiento de conductas de gran importancia como son: la práctica de estilos de vida saludables, llevar a cabo una adecuada nutrición, ejercicio, y toma de medicamentos prescritos y el auto monitoreo de la glucosa y los cuidados que le indicó su médico. (Schechter y Walker, 2002).

En suma, algunas de las estrategias de auto-control para mejorar la adherencia al tratamiento de la diabetes, que Schechter y Walker en el 2002, implementaron con sus pacientes fueron las siguientes:

1. Intervención educativa; donde la enfermera y el psicólogo instruyen al paciente, además de utilizar audio-cintas.
2. Intervención Afectiva; donde se realizan visitas al hogar del paciente para apoyar a la familia, sesiones grupales y sesiones individuales con el paciente.
3. Intervención Conductual; Con técnicas como el modelaje y la bioretroalimentación, para el control de la presión sanguínea, un organizador para la toma de medicamentos, monitoreo vía telefónica, educación con videocintas o libros, entre otras técnicas.

Finalmente Schechter y Walker, (2002), concluyen que simultáneamente se deben aplicar para la adecuada adherencia acciones en el ámbito educativo, conductual y afectivo, ya que los individuos muestran mejor adherencia que cuando hay una sola modalidad de tratamiento.

A pesar de los esfuerzos realizados, la adherencia terapéutica sigue siendo una problemática que puede repercutir en diferentes ámbitos, el personal, familiar y social; el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traen un gran sufrimiento, limitaciones o disminución irreversible en su estilo de vida; en la familia pueden influir en disfunción con repercusiones en la pareja e hijos (Jonson, 1983 en Carballido, 2003).

## **TEORIAS PSICOLÓGICAS SOBRE LA ADHERENCIA**

### **LOS MODELOS CONDUCTUALES**

En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la psicología de la salud y principalmente en el campo de la prevención, diferentes modelos comportamentales para explicar el comportamiento de salud del individuo.

#### **MODELO OPERANTE**

El objetivo del condicionamiento operante consiste en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo (es decir, a la persona) a adoptar el comportamiento deseado. Los psicólogos han utilizado el reforzamiento para refortalecer el comportamiento de adherencia y rara vez utilizan el castigo para disminuir el comportamiento de incumplimiento, porque se ha observado que el castigo inhibe o suprime un comportamiento. Y en el peor de los casos, condiciona un fuerte sentimiento negativo hacia las personas que efectúa el castigo. (Amigo, V.I. Fernández, C. y Pérez, A., M. 1998).

## **MODELO DE COMUNICACIÓN**

El objetivo es buscar la manera mas adecuada de mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión (McGuire, 1985 en Amigo, 1998).

## **TEORÍAS COGNITIVAS DEL APRENDIZAJE**

Es la combinación racional del enfoque conductual basado en las teorías de aprendizaje social y la conducta de las personas (Bandura,1969 en Amigo,1998). Este enfoque se basa en la importancia concedida a los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. El principal postulado es que toda conducta humana está mediada por la cognición. Otro de los fundamentos relevantes es que considera que los problemas son producto de varios factores que interactúan recíprocamente entre sí, como el ambiente, las emociones, la conducta y el pensamiento, esto quiere decir, que un cambio en uno producirá un cambio en los otros.

### **a) TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA**

La autoeficacia es un concepto situacional-específico que hace referencia a la confianza que depositan las personas en su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el propósito de obtener los resultados deseados, específicos para una situación particular.

### **b) TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA**

La teoría de la acción razonada (**Ajzen y Fishbein, 1890 en Amigo, 1998**) sostiene que el determinante inmediato del comportamiento es la intención de las personas para realizar dicha conducta. Las intenciones de comportamiento, a su vez, son una función de:

- Las actitudes de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce resultados positivos o negativos.
- La norma subjetiva modelada por la percepción acerca del valor que otras personas importantes otorgan al comportamiento y por su motivación en el cumplimiento de dichas normas.

### **c) MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD**

El objetivo central es que una persona no llevará acabo un comportamiento de salud (de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga una motivación e información que le beneficiará a su salud, y esté convencida de la eficacia de la intervención terapéutica.

## **ENFOQUE EDUCATIVO PARA LA ADHERENCIA**

La educación se define como un proceso mediante el cual una persona desarrolla su capacidad física o intelectual, haciéndose apta para enfrentar positivamente un medio social determinado y para integrarse al mismo, con la aportación de su personalidad **(Enciclopedia de Psicología, 2000)**.

Los equipos médicos implicados en el tratamiento de la diabetes y los investigadores, tanto médicos como psicólogos en diabetes, señalan que es de suma importancia la absoluta necesidad de incluir la educación diabetológica como parte integrante del tratamiento, a ser posible desde el diagnóstico mismo de la enfermedad **(Roales – Nieto, 1990)**

Uno de los principios básicos de la educación es que ésta debe estar orientada a satisfacer las necesidades personales, más que del expositor. Por tal razón es pertinente buscar estrategias para que en las sesiones la atención se enfoque en los intereses, dificultades y expectativas de los pacientes. La educación de los pacientes debe ser participativa, de modo que mediante el intercambio de experiencias el paciente exprese sus dudas e inquietudes **(Tapia, 2001)**.

## **FUNCIONES DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

La educación diabetológica deberá enfocarse tanto en el paciente diabético como en sus familiares, con el objetivo de que reciban información adecuada del padecimiento y sea una instrucción teórico – práctica en las diferentes áreas que sean necesarias, como nutricional, farmacológica, psicológica, etc. **(Latorre, 1992)**.

Para Roales – Nieto, (1990) la educación diabetológica tiene tres funciones principales:

1. **PROPORCIONAR** los conocimientos teóricos necesarios acerca de la naturaleza de la diabetes, el funcionamiento del organismo diabético y los tratamientos disponibles.
2. **PROPICIAR** la adquisición de las habilidades que permitan conseguir la aplicación del tratamiento con el máximo grado de autonomía posible.
3. **CONSEGUIR** que el paciente inicie el tratamiento y logre mantener los cambios efectuados en la vida cotidiana necesarios para el régimen terapéutico diabético.

Sin embargo Tapia, (2001) considera que los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre aspectos complejos de la enfermedad. Por el contrario, las sesiones deben enfocarse a la comprensión de conceptos básicos y, en ellas se debe propiciar una amplia participación de los pacientes. Es importante

estimular la creatividad, es decir, que al final del proceso educativo cada uno de los pacientes tiene que ser capaz de expresar con sus propias palabras los conceptos más importantes de la diabetes, para después aplicarlos a situaciones concretas de su vida adquiriendo así habilidades. Y finalmente la educación diabetológica debe realizarse en grupos pequeños de 6 a 8 integrantes; de esta manera se facilita el intercambio de experiencias y conocimientos entre ellos.

## **TIPOS DE PROGRAMAS EN EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

Los tipos de programas en educación diabetológica, pueden ser los siguientes (Graber y col., 1997, Mazzuca y col., 1980 en Latorre, 1992):

- PROGRAMAS PURAMENTE INFORMATIVOS, es decir se le presenta al paciente y a su familia la información pertinente, clara y actualizada de lo que es la enfermedad, es el médico y/o especialista el encargado de proporcionar dicha información.
- PROGRAMAS EN DONDE PARTICIPA EL PERSONAL DE SALUD (MEDICO, NUTRIÓLOGOS, PSICÓLOGOS ETC.) de esta manera el personal educativo se involucra en el cuidado general del paciente a largo plazo, con lo que la educación y atención clínica es más eficiente contribuyendo también a que los pacientes se involucren de la misma manera.
- PROGRAMAS ORIENTADOS CONDUCTUALMENTE, son programas con énfasis en los repertorios de auto cuidado y el empleo de mecanismos orientados a modificar el ambiente para facilitar ese auto cuidado.

## **TÉCNICAS PARA LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

El aprendizaje para modificar conductas suele realizarse a través de: instrucciones, modelado, contingencias positivas, economía de puntos o contratos de conducta, fijación de objetos en forma progresiva y continuada. Inicialmente se le da mayor importancia a la adquisición de conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad y después a la implementación de hábitos de conducta. Al principio se valora la adherencia al tratamiento conductual y aspectos de control clínico: controles capilares, hemoglobina glucosilada, glucosuria, micro albuminaria, controles oculares, triglicéridos, etc. Se debe tener en cuenta que antes de iniciar el aprendizaje, se tiene que evaluar el aspecto emocional del paciente, ya que si se encuentra el paciente ante un estado de ansiedad elevado o un estado depresivo, puede obstaculizarse el aprendizaje. (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003)

Como referencia informativa en Estados Unidos existen alrededor de 12400 educadores en diabetes certificados los cuales tienen como uno de sus roles

principales la educación diabetológica, el entrenamiento en auto-control y el mantenimiento de estilos de vida saludable. Así es como tanto educadores, como los propios pacientes utilizan el Acu-Check para llevar a cabo una mejor adherencia al tratamiento, con lo cual han obtenido resultados satisfactorios y se puede tener acceso a este tipo de instrumentos. Welch y Guthrie. (2004)

## **LA FALTA DE ADHERENCIA**

La falta de adherencia se refiere a la terminación (abandono, separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente con respecto al tratamiento o terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas (Domínguez en Puente-Silva, 1984).

En estudios clínicos se ha demostrado que la falta de adherencia se estima en un 20% para tratamientos cortos, un 50% para tratamientos en condiciones crónicas y el 70% para tratamientos prolongados con periodos asintomático (Safren en Lobato, 2002) y solo el 7% de ellos llevan a cabo todos los pasos considerados necesarios para un buen control de su enfermedad (Cerkoney y Hart en Lobato, 2002).

La adherencia deficiente al tratamiento de la diabetes da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y a costos excesivos para el sistema de salud. El estudio CODE-2 (por sus siglas en inglés, Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) reveló que, en ese continente, solo 28% de los pacientes tratados por diabetes logra un buen control glucémico. El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos. Se ha demostrado que otros aspectos del autocuidado, como el automonitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. En los Estados Unidos, menos de 2% de los adultos con diabetes lleva a cabo la totalidad de la atención recomendada por la Asociación Americana de la Diabetes. La adhesión deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan.

En los países en desarrollo, donde la mayoría de los pacientes no tienen la diabetes bien controlada, generalmente presentan comorbilidad que torna aún más complejos los regímenes de tratamiento. En particular, se sabe que otras enfermedades comúnmente asociadas, como la hipertensión, la obesidad y la depresión, se caracterizan por tasas de adherencia deficientes y aumentan aún más las probabilidades de resultados de tratamiento deficientes.

## **ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SALUD PÚBLICA**

En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba se realizó un estudio sobre las “Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente” en el cual se pretende fundamentar la importancia de la deficiente adherencia a los tratamientos médicos de larga duración y como éste se convierte en un asunto difícil para la salud pública contemporánea. En este estudio se realizó un análisis de las repercusiones de una adherencia deficiente sobre la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y servicios sanitarios, el cuadro de salud de la población y la calidad de vida del paciente. También analizaron las principales consecuencias clínicas o médicas, económicas y psicosociales que pueden aparecer debido a una baja adherencia al tratamiento médico indicado, sobre todo en enfermos crónicos. De igual modo, abordaron algunos aspectos que el sistema de salud debe enfrentar en relación con la adherencia terapéutica para contribuir a mejorar la situación expuesta. La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, “adherencia” o “cumplimiento” es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuando lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de seguir las recomendaciones, esto quiere decir que los pacientes, deben ser “socios activos” de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión (Libertad, M. A., 2006).

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas:

### **MANIFESTACIONES DE LA BAJA ADHESIÓN:**

- Puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento).
- La inasistencia a consultas e interconsultas.
- La ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y
- La práctica de la automedicación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento, es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”. La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que éste tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional

de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, aún más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo y sobre todo en las regiones más pobres. (Libertad, M. A., 2006)

## **DATOS SOBRE EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. Quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad. (Libertad, M. A., 2006)

La Dra. Durán Varela y cols. (2001), realizaron una investigación en México, sobre apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 teniendo como objetivo establecer la frecuencia de apego al tratamiento, relacionarla con el control metabólico e identificar los factores que influyen para el no apego.

Para ello realizaron un estudio transversal en 150 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una Institución Pública en el Estado de Chihuahua y obtuvieron como resultado que el apego correspondió al 54.2 % de los pacientes y los factores asociados al no apego fueron la escolaridad primaria o más baja y la falta de información sobre la enfermedad, y concluyeron que el apego fue bajo y los factores relacionados con la falta de apego de los mismos son modificables.

También mencionan que los factores de riesgo para el no apego terapéutico son: los relacionados con el paciente, los relacionados con la enfermedad, los relacionados con el médico tratante, y el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Así como los factores de riesgo asociados son: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a 5 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil (casados, solteros, viudos y divorciados) e intolerancia a los medicamentos.

Otro de los factores de riesgo para el no apego al tratamiento, es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales los pacientes les atribuyen propiedades medicinales y por lo cual disminuyen el uso de sus medicamentos. (Dra. Durán V., et al. (2001). Mencionan también que se debe enfatizar al paciente la aceptación

de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico. En este estudio concluyen que es de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparten en las unidades médicas donde se atienden los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, sobre todo porque se trata de una enfermedad crónica, que requiere un control adecuado para evitar complicaciones a corto y largo plazo en la cual deben intervenir múltiples disciplinas, sobre todo las educativas.

## **CONSECUENCIAS MÉDICAS DE LA NO ADHERENCIA**

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. (Libertad, 2006)

El informe de la OMS (en Libertad, 2006) enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma como fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

## **CONSECUENCIAS CLÍNICAS EN LOS PACIENTES POR FALTA DE ADHERENCIA**

Las complicaciones más frecuentes son:

### **AGUDAS**

1. LA HIPOGLUCEMIA FISIOLÓGICA, es decir, niveles muy bajos de azúcar en la sangre por falta de alimentación, frecuentemente en ayunas.
2. HIPOGLUCEMIA INSULINICA, que se debe a un descenso exagerado de glucosa en la sangre a consecuencia de la insulina inyectada, debido a:
3. HIPERGLUCEMIA, cantidades exageradas de glucosa en la sangre y por cetoacidosis (fenómeno que se presenta cuando el organismo trata de conseguir energéticos a expensas de los lípidos almacenados, que al ser metabolizados pasan a la sangre sin llegar a su combustión y creando cuerpos cetónicos y como resultado llega el estado de coma).

### **CRÓNICAS**

La mayoría de los diabéticos mueren por complicaciones crónicas que afectan principalmente a ciertos órganos específicos entre ellos se presentan los siguientes:

1. NEUROPATIA DIABETICA: La neuropatía diabética está presente en el 80% de los pacientes con lesiones en los pies. La neuropatía clínica se clasifica en:
  - Neuropatía Sensitiva, que incluye la pérdida de sensación protectora de dolor-presión ante un trauma, estrés continuo y temperatura.
  - Neuropatía Motora, que afecta a todos los músculos del pie y produce deformidades características.
  - Neuropatía Autonómica, produce un pie falsamente caliente secundario a flujo sanguíneo alterado, aumento de la reabsorción ósea, osteoporosis, colapso de las articulaciones del pie y disminución de la sudoración y producción de grasa natural dando lugar a piel seca y frágil que se fisura con facilidad (Martínez – Salcedo, 1997).
2. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES. En los trastornos cardiovasculares los depósitos de grasa y colesterol se acumulan en las arterias que transportan sangre al corazón, esta acumulación, llamada arterioesclerosis, puede dificultar el flujo de la sangre, pudiéndose producir un infarto de miocardio. La cardiopatía es la enfermedad relacionada con la diabetes que más comúnmente puede causar la muerte (Mitchell, 1999).

3. **PIE DIABÉTICO:** Relacionada con la neuropatía, se caracteriza por la sensación de pies dormidos, hormigueo, quemazón, pérdida de sensibilidad o dolor y entumecimiento en los pies. La diabetes también provoca el estrechamiento y endurecimiento de los vasos sanguíneos, lo que hace que la circulación es deficiente (Mitchell, 1999).
4. **ALTERACIONES DE LOS OJOS:** La diabetes puede afectar de diferentes formas a los ojos. Algunas desaparecen una vez regulados los niveles de glucemia pero otros padecimientos se agravan con el paso del tiempo. En los trastornos oculares se presentan:
  - Las Cataratas, es un enturbiamiento de la lente óptica (cristalinos), que normalmente es transparente.
  - El Glaucoma, es un trastorno en el que aumenta la presión intraocular y puede derramar el nervio óptico, encargado de transmitir las imágenes visuales al cerebro.
  - La Retinopatía, es el trastorno mas grave que produce la diabetes, se da cuando los diminutos vasos sanguíneos que llegan a la retina, el revestimiento interno de la parte posterior del ojo pierde riego sanguíneo. Al menos un 60% de las personas que padecen diabetes después de 15 años o más sufren retinopatía (Mitchell, 1999).
5. **NEFROPATIA:** Consiste en el daño vascular y metabólico causado a la unidad estructural y funcional del riñón y es la principal causa de enfermedad renal crónica (IMSS, 1999).
6. **TRASTORNOS DENTALES:** La alteración en las encías puede llevar la pérdida de piezas dentales, se da con mayor frecuencia y gravedad en las personas que padecen diabetes tipo 2. Y se presenta en un 30% de los diabéticos de 19 años o más con esta enfermedad

## **CAPITULO III**

### **PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La Psicología de la Salud es una disciplina dentro de la Psicología, que está relacionada tanto con la medicina conductual, como con el estudio de la salud conductual. Es una rama cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. La psicología de la salud manifiesta la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, como puede ser el descenso de la tensión arterial, el control del colesterol, la disminución de estrés, el alivio del dolor, el abandono del consumo de tabaco y la moderación de conductas de riesgo, el tiempo que potencia la practica regular de ejercicio, chequeos médicos y dentales y comportamientos “seguros”. Por otra parte, la psicología de la salud ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas y a modificar factores y comportamientos implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica. (Arañón y Jess, 2001).

Los avances en la Psicología de la Salud contribuyen a la prevención de las enfermedades agudas y crónicas. Se ha centrado en temas como: la preparación psicológica del paciente en la fase preoperatoria y postoperatoria; el manejo psicoterapéutico del dolor y el estrés hospitalario; la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a las enfermedades crónicas, como la ansiedad, la depresión, la ira y la hostilidad, etc.; el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial; el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad, y en un sinnúmero de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente (Oblitas, 1993).

### **PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DIABETES**

La Psicología de la Salud se ha centrado fundamentalmente en las enfermedades crónicas y en el desarrollo de planes de intervención en enfermedades tan diversas como la hipertensión, el dolor crónico, la artritis, el asma, la diabetes, el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades reumáticas, la diabetes, el SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, entre otros (Oblitas, 1993).

Enfermedad crónica se define como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante largo tiempo”. La enfermedad crónica tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible (Oblitas, 1993).

Como ya se mencionó anteriormente, las enfermedades crónicas, como la diabetes, se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y de comportamiento relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad, entre otros (Oblitas, 1993).

Muchas personas se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermedades crónicas. Esto se debe a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad, los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad, como en su mantenimiento a largo plazo.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita (Oblitas, 1993).

Los pacientes con diabetes pueden afrontar mejor su enfermedad y calidad de vida mediante técnicas de meditación, yoga, psicodrama cognitivo y cambios psicológicos significativos que afectan su ingesta de alimentos y la actividad física (Oblitas, 1993).

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incomprensión, incertidumbre, entre otros aspectos. En suma, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación con el futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados / cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal. El *Trastorno de Evitación Experiencial* (TEE, así denominado por Luis A. Oblitas) sería un componente

central en tales casos, caracterizados por un patrón generalizado de rigidez conductual o inflexibilidad psicológica ante los eventos privados, que termina resultando limitante y empobrecedor para la persona. La *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT, así denominado por Luis A. Oblitas ) es una terapia que se está mostrando efectiva para alterar los contextos verbales que tienen atrapado al paciente en el TEE y especialmente en casos en los que el sufrimiento es elevado y de carácter crónico. La ACT promueve la flexibilidad conductual, lo que permite a la persona aceptar los eventos privados en vez de tomarlos como barreras literales, y actuar con la responsabilidad que conlleva en pro de vivir una vida más plena, aún en condiciones difíciles debido a la enfermedad (Oblitas, 1993).

## **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN DIABETES**

La diabetes es una de las enfermedades críticas que requiere la colaboración de la psicología, tanto para contribuir a la adaptación de la persona al tratamiento, como para favorecer una evolución más adecuada (Gutiérrez, et al. 2003).

En los últimos años se han realizado investigaciones de variables psicológicas que pueden incidir sobre la diabetes, como son las siguientes:

A principios del siglo XVII, Willis /1679 y Maudsley (1899) sugirieron la relación entre diabetes y psicopatología. Según estos autores los estados prolongados de depresión y/o ansiedad, parecían ser, en numerosos casos, la causa de la diabetes. Esta hipótesis se ha demostrado que es errónea, pero si se ha observado que el estrés psicológico puede ser desencadenante de esta enfermedad. (Gutiérrez, T., et al. 2003)

Las primeras teorías que se propusieron para explicar la relación entre diabetes y psicología fueron desde el enfoque psicoanalítico. Teóricos como Dumber (1974) propusieron tipos específicos de personalidad para diferentes enfermedades. En muchos estudios empíricos no se ha conseguido identificar características de personalidad específicas para la diabetes. Otros autores como Alexander (1950) señalaron que conflictos inconscientes podían ser la causa de enfermedades específicas, que se llamaron “psicosomáticas”. (Gutiérrez, T., et al. 2003)

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS A EVALUAR EN EL PACIENTE DIABETICO**

La valoración del estado de ánimo suele hacerse mediante entrevista clínica, haciendo referencia a qué los pensamientos están produciendo emociones o sensaciones físicas se están dando y qué conducta se desencadena como consecuencia de las dos variables anteriores. De esta manera podremos saber qué aspectos están afectados (pensamiento-emociones-conducta) y cuál de los dos estados está presente (ansiedad-depresión). Con mayor frecuencia el estado depresivo va asociado a la diabetes mellitus tipo 2 (Gutiérrez, et al. 2003).

Aspectos esenciales a evaluar:

Primero se debe diferenciar si se trata de un paciente con diabetes mellitus tipo 1 o un paciente con diabetes mellitus tipo 2 y si se trata de un diagnóstico reciente o el paciente ya tiene tiempo con la enfermedad, ya que existen inventarios que se pueden aplicar para cada caso:

Cuando se trata de un diagnóstico reciente:

1. Inicialmente la evaluación se centra en cómo ha vivido la persona, los síntomas previos al diagnóstico, cómo los percibió y de qué pensó que se trataba, quien le dio la noticia, cómo la recibió y que sintió tras el diagnóstico.
2. A continuación se analizan las creencias previas que tienen respecto a la enfermedad. Esas creencias o ideas respecto a la enfermedad han podido formarse porque dentro de su entorno social o familiar ha habido alguna persona con diabetes y le ha servido para crear un modelo previo de cómo puede tratarse o evolucionar la enfermedad, ya que si la persona tiene ideas negativas acerca de la diabetes, estas influyen enormemente en el estado emocional inicial.
3. También se evalúan cuáles son los temores que surgen en el paciente, si se tratan sobre el futuro (la evolución de la enfermedad) o si se tratan de aspectos del pasado (como actividades que antes realizaba y ahora ya no podrá realizar).
4. Se evalúan las expectativas del paciente sobre la evolución de la enfermedad, punto que es importante evaluar una vez que ya se le han explicado las pautas de tratamiento, que ya los ha puesto en práctica y evaluar que objetivos tenía previos al diagnóstico y de ser posible que no los abandone, adaptando el tratamiento a su estilo de vida.
5. Es necesario saber cómo está viviendo la familia dicho diagnóstico: el nivel de autonomía de que dispone la persona en su entorno familiar, qué roles hay establecidos, si se trata de una persona independiente o muy dependiente, ya que se debe evitar un rol de extrema vigilancia, que pudiera causar tensiones elevadas; Es importante saber cómo reaccionó la familia ante sucesos anteriores ocurridos en el entorno familiar, cómo es la comunicación familiar y las preocupaciones de la familia, ya que estos factores pueden influir para que el paciente se adhiera al tratamiento.
6. Es de utilidad saber si la persona lleva una vida social activa o no tiene un contacto social frecuente. El apoyo social es una de las variables asociadas a un mejor control de la enfermedad, ya que la privación social es altamente negativa, por lo que es importante evaluar qué habilidades sociales emplea o realiza, incluida la asertividad. Las personas que no tienen contacto social pueden ser referidos a los grupos de personas con diabetes.

7. También se puede evaluar cómo se ha enfrentado a los problemas del pasado y que estrategias de afrontamiento utiliza (Gutiérrez, et al. 2003).

Si se trata de un diagnóstico de hace tiempo:

Los puntos antes mencionados, se pueden evaluar mediante escalas o cuestionarios elaborados para tal fin pero también se debe tomar en cuenta el significado que se le da a la enfermedad en sí:

- De pérdida: La persona echa de menos cosas que antes hacía y ahora no y hace referencia a las pérdidas que cree que ha tenido con la enfermedad.
- De peligro: La persona verbaliza las consecuencias negativas, peligros y riesgos que corre por la enfermedad.
- De reto: Se centra en la fijación de metas u objetivos que pueden ser difíciles de conseguir, pero que motivan a la persona para llevarlos a cabo.
- De ganancia: la persona verbaliza los aspectos positivos desde el diagnóstico, como por ejemplo, mayor atención de sus familiares, llevar un estilo de vida más saludable, etc.

Conocer el significado que el individuo está dando a su enfermedad ayudará a la comprensión de las actitudes que se derivan de esa interpretación (Gutiérrez, et al. 2003).

A continuación es necesario conocer dónde sitúa el lugar de control (locus of control), de la enfermedad, para observar cuál es la actitud que está en juego y también existen cuestionarios para evaluar este aspecto (Gutiérrez, et al. 2003).

En la actualidad una de las variables de más interés en valorar en las enfermedades crónicas es la autoeficacia (self - efficacy), pues ha demostrado un efecto positivo en los cambios de comportamiento. Se centra en conocer en qué medida la persona se siente capaz de llevar a cabo en forma adecuada las pautas del tratamiento, utiliza técnicas como el autoregistro y autocontroles (Gutiérrez, et al. 2003).

Por último es importante enseñarles a los pacientes a detectar los síntomas de la hipoglucemia y cómo actuar para evitarlas, ya que existen numerosas evidencias de que los pacientes no reconocen estos síntomas, por lo tanto se les recomienda que realicen autorregistros y autoanálisis síntoma por síntoma para detectar estos episodios de manera eficaz.

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los psicólogos Díaz, Galán y Fernández (1993), realizaron un estudio en México, se dieron a la tarea de realizar una intervención psicológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, integraron un grupo de ayuda mutua en donde a través de técnicas psicológicas y de información sobre la enfermedad, entrenamiento en autocontrol y relajación profunda, trataron de incidir en el mejor control de la enfermedad, evaluando en cada sesión, la glucosa en sangre, el peso y la tensión arterial; en el cual observaron que los resultados de la intervención no señalan correlación entre el peso y la tensión arterial, aunque si encontraron una variación significativa en los niveles de glucosa en sangre, posteriores a la intervención.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de sus enfermedades, básicamente mediante un entrenamiento psicológico. En principio se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de salud que, con mucha frecuencia, hace que decaiga su estado afectivo, produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que agravan la enfermedad (Díaz, et al. 1993).

Existen pocas investigaciones sobre el problema de la diabetes por parte de la disciplina psicológica; sin embargo, las que existen pueden proporcionar un modelo con el cual explorar los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y, además, puede servir como ejemplo para utilizar la intervención conductual en el tratamiento y control de la enfermedad (Díaz, et al. 1993).

Los primeros intentos por explicar la relación entre los factores psicológicos y la diabetes se encuentran reseñados en documentos de los siglos XVII y XIX, aunque no es sino hasta la década de los cuarenta del presente siglo que se retoma el tema, tratando de encontrar una personalidad del diabético (Díaz, et al. 1993).

Desde la década de los ochenta, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Al respecto, se señala que esta interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúa a través de tres vías:

1. Cognitivas y emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, las cuales se encuentran en constante interacción.
2. Conductuales. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco,

el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.

3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros (Díaz, et al. 1993).

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos (Díaz, et al. 1993).

La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido replantear el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad (Díaz, et al. 1993).

Esta visión de la psicología cuenta, entre sus técnicas, aquéllas que fomentan la adherencia terapéutica -es decir el cumplimiento del régimen de tratamiento- mediante el uso de la tecnología conductual; esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes, o de cualquier otra enfermedad. La baja adherencia terapéutica se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento por las ideas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen, ya que en muchos casos el equipo de salud muestra una atención paternalista en la que el paciente, para controlar su enfermedad, tiene que asistir frecuentemente a los centros de atención médica con una actitud pasiva. Sin embargo, aunque los médicos pueden sugerir estrategias para mejorar el control diabético, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente (Díaz, et al. 1993).

Como consecuencia de la situación anterior, las investigaciones en el área psicológica han explorado la posibilidad de utilizar elementos como: el automonitoreo, el autoregistro, la autoevaluación y el autoreforzamiento, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento (Díaz, et al. 1993).

En este sentido se sabe que existe una estrecha vinculación entre el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo, relación que se establece por medio de los receptores adrenérgicos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, y en donde se observa que la respuesta de estrés puede alterar este funcionamiento provocando el descontrol diabético (Díaz, et al. 1993).

Al respecto se han encontrado evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia, y la enfermedad cardiovascular, han mostrado producir intolerancia a la glucosa. De la misma manera, estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa (Díaz, et al. 1993).

Cada una de las aproximaciones del control de la diabetes ha mostrado alguna validez; sin embargo, los factores aislados no proveen una explicación completa del fenómeno, por lo que se hace necesario un modelo multifactorial, interdisciplinario y de tipo holístico, que incorpore aportaciones de cada aproximación para aclarar la relación entre las variables psicosociales y sus efectos en el proceso biológico y sus resultados (Díaz, et al. 1993).

# CAPÍTULO IV

## RASGOS DE LA PERSONALIDAD

### DEFINICIÓN DE RASGO Y PERSONALIDAD

Un rasgo es una característica o cualidad personal distintiva que describe la personalidad de la gente común. La clasificación de rasgos se estudió desde la época griega por Hipócrates (460 – 377 a. c.) que distinguió cuatro tipos de personalidad: feliz, desdichado, temperamental y apático. Las causas de esos diferentes tipos eran los fluidos o “humores” corporales internos. Hipócrates creía que esos rasgos de personalidad se basaban en la constitución corporal y eran determinados por el funcionamiento biológico más que por la experiencia o el aprendizaje. Posteriormente en la década de los cuarenta el médico William Sheldon (1899 – 1977) manifestó otra tipología de la personalidad basada en la estructura corporal. Propuso tres tipos corporales, cada uno asociado con un temperamento diferente:

1. ENDOMÓRFICO: sociable, relajado, afectuoso, tranquilo.
2. MESOMÓRFICO: vigoroso, competitivo, agresivo, audaz.
3. ECTOMÓRFICO: inhibido, temeroso, intelectual, introvertido, consciente de sí mismo.

Al igual que Hipócrates, la investigación de Sheldon considera que los rasgos o características de personalidad en gran medida están fijados, es decir, son constantes e independientes de las situaciones que se presenten. Sin embargo la teoría de Sheldon en la actualidad no tiene mucha relevancia como otras investigaciones que han realizado los siguientes teóricos.

GORDON ALLPORT define que la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan la conducta y pensamientos característicos. (Shultz, D.P. 2002). También consideró que los rasgos de la personalidad son predisposiciones a responder de manera igual o similar, a diferentes tipos de estímulos, es decir, los rasgos son formas congruentes y duraderas de reaccionar ante nuestro ambiente.

Allport consideró los siguientes aspectos de los rasgos:

1. Los rasgos de la personalidad son reales y existen dentro de cada uno de las personas.

2. Los rasgos determinan o causan el comportamiento. No surgen solo en respuesta a ciertos estímulos. Nos motivan a buscar los estímulos apropiados e interactúan con el ambiente para producir la conducta.
3. Los rasgos pueden demostrarse de manera empírica.
4. Los rasgos están interrelacionados; pueden traslaparse aun cuando representen características diferentes.
5. Los rasgos varían con la situación.

Por consiguiente Allport (en Carver, 1997) diferenció los rasgos comunes y los rasgos individuales o disposiciones personales; a su vez clasificó las disposiciones personales por su intensidad o significado en:

- A. RASGO CARDINAL: Son los rasgos humanos más universales que tocan casi todos los aspectos de la vida de una persona.
- B. RASGOS CENTRALES: Son los que mejor describen nuestra conducta ya que son el tipo de características a las que haríamos mención al hablar de la personalidad de un amigo o al escribir una carta de recomendación.
- C. RASGOS SECUNDARIOS: Son los que menos nos influyen en la personalidad ya que una persona puede mostrarlos de manera inconsistente o poco notoria.

Según Allport, los hábitos son respuestas específicas e inflexibles a estímulos determinados, el conjunto de hábitos pueden combinarse para formar un rasgo.

Para Allport las actitudes son similares a los rasgos, sin embargo las actitudes tienen un objeto de referencia específico e implican evaluaciones positivas o negativas, hacia el objeto de referencia.

Por otra parte RAYMOND CATELL definió los rasgos como tendencias permanentes de reacción que son las estructuras básicas de la personalidad; los clasificó de varias maneras:

1. RASGOS COMUNES: Son aquellos que todos poseemos en cierto grado.
2. RASGOS ÚNICOS: Rasgos presentes en una o pocas personas.
3. RASGOS DE CAPACIDAD: Describen las destrezas y la eficiencia con que se puede trabajar para conseguir las metas deseadas.
4. RASGOS DE TEMPERAMENTO: Describen nuestro estilo conductual general para responder al ambiente propio.

5. RASGOS DINÁMICOS: Describen nuestras motivaciones e intereses. Se subdividen en: Sentimientos (es un rasgo fuente moldeado por el ambiente, porque se deriva de influencias externas sociales y físicas) y en Actitudes que son (intereses emociones y comportamientos hacia una persona, objeto o acontecimiento).
6. RASGO FUENTE: Rasgos estables y permanentes que son los factores básicos de la personalidad.
7. RASGOS CONSTITUCIONALES: Rasgos principales que dependen de nuestras características fisiológicas.
8. RASGOS MOLDEADOS POR EL AMBIENTE: Rasgos fuente que se aprenden en las interacciones sociales y ambientales.

Finalmente Hans Eysenk (en Liebert, 1984) en sus estudios de personalidad propone tres dimensiones, definidas como combinaciones de rasgos o factores, que son las siguientes:

1. E - Extraversión frente a Introversión
2. N - Neurotismo frente a Estabilidad emocional
3. P- Psicotismo frente a Control de Impulsos (funcionamiento del súper yo)

Dentro de los trabajos contemporáneos, surgen los estudios de ROBERT MCCRAE, PAUL COSTA, y Piedmont (**1993**) quienes desarrollaron su teoría de los rasgos de personalidad basada en 5 factores de personalidad que son:

- 1.- Neuroticismo: preocupado, inseguro, nervioso, muy tenso.
- 2.- Extraversión: sociable, locuaz, amante de la diversión, afectuoso.
- 3.- Apertura: original, independiente, creativo, osado.
- 4.- Agradabilidad: bondadoso, compasivo, confiado, cortés.
- 5.- Escrupulosidad: cuidadoso, confiable, esforzado, organizado.

A partir de la década de los setentas Arnold Buss (1924-) y Robert Palomin (1948) identificaron tres temperamentos a los que consideran los bloques básicos de construcción de la personalidad y los clasifica en: emocionalidad, actividad y sociabilidad. Ambos investigadores sugieren que la personalidad de cada individuo está compuesta por diferentes montos de cada temperamento. Los temperamentos se combinan para formar patrones de personalidad o los llamados súper rasgos como la introversión o la extraversión

1. LA EMOCIONALIDAD: se refiere al nivel de activación o excitabilidad que consta de tres componentes: angustia, temor e ira.
2. LA ACTIVIDAD: definen el temperamento de la actividad en términos de la energía y el vigor físicos.
3. LA SOCIABILIDAD: se refiere al grado de preferencia por el contacto y la interacción con otras personas.

## **INVESTIGACIONES SOBRE RASGOS DEL TEMPERAMENTO Y PERSONALIDAD EN DIABETES MELLITUS TIPO 2**

En la búsqueda de nuevas aportaciones de la psicología al estudio y tratamiento de la diabetes, partiendo de un enfoque científico y utilizando una metodología rigurosa, se han identificado tres líneas de investigación (Gutiérrez, T., et al. 2003):

- a) La detección de la psicopatología en los pacientes con diabetes y su influencia en la evolución de la enfermedad
- b) La influencia de las características de la personalidad sobre el control metabólico de la enfermedad, y
- c) La intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida y el control metabólico.

### **a) La detección de la psicopatología en los pacientes con diabetes**

Existe un acuerdo general respecto a que los trastornos depresivos son los que aparecen con más frecuencia y además su prevalencia es mayor en estos pacientes, que en la población en general (Catón, 1982; Schulberg y Burns, 1988; Lustman, Griffith, Gavard y Clouse, 1992). En muchos estudios se pone en evidencia la dificultad que existe entre diagnosticar los síntomas de depresión y los de la diabetes por síntomas como pérdida de peso, cansancio, hipersomnias, etc. (Lustman, Griffith, Clouse y Cryer, 1986; Popkin y Callies, 1987; Popkin, Callies y Lentz, 1988; Jacobson, 1993). No hay estudios que confirmen que la prevalencia de depresión sea mayor en pacientes con diabetes que entre pacientes que sufren otras enfermedades crónicas. Sin embargo, si que se evidencia que cuando aparece un trastorno depresivo en una persona con diabetes, empeora el control de la glicemia (Gutiérrez, et al. 2003).

### **b) La influencia de las características de la personalidad sobre el control metabólico de la enfermedad**

Las variables de personalidad que se han identificado como relevantes, varían de acuerdo al marco teórico que se haya utilizado. Autores que se han basado en la teoría de la personalidad de Eysenck (Gordon, Fisher y cols., 1993) indican una correlación positiva entre las puntuaciones de neuroticismo y los niveles de

hemoglobina glucosilada, aunque no está muy claro el mecanismo que explica esta relación. Lustman, Brabley Y McGuill (1995), utilizaron el modelo tridimensional de personalidad de Cloninger para verificar si las personas con diabetes, con características extremas de la personalidad tendrían un peor control metabólico. Observaron que las características de alta dependencia de la recompensa y alta evitación del daño, guardaban una relación significativa con los peores controles glicémicos ya que la presencia de dichas características dificulta notablemente el establecimiento de la relación de los servicios de salud con el paciente y el seguimiento continuado de las pautas de tratamiento. Por otro lado, Orlandini y Pastore (1995) han evaluado la relación entre el control glicémico y las alteraciones de la personalidad, basados en los trastornos del eje II del DSM-III R y se ha observado que las características que predicen peores niveles de hemoglobina glucosilada son: inestabilidad emocional, baja autoestima, relaciones basadas en la dependencia, dificultad para el control de impulsos y dificultad para tolerar la frustración (Gutiérrez, et al. 2003).

### **c) La intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida y el control metabólico**

El proceso de adaptación a la enfermedad es difícil, dado que supone la interacción entre la psicología individual del paciente, el entorno social y el entorno familiar. Las variables psicológicas de mayor relevancia en el proceso de adaptación son:

- 1) Las atribuciones del paciente sobre la enfermedad: se intenta evaluar el papel de las atribuciones del paciente sobre los síntomas, gravedad de la enfermedad, vulnerabilidad a las consecuencias negativas, costos y beneficios del tratamiento y percepción de autoeficacia para llevar a cabo las actividades de autocuidado. En la diabetes, técnicas de reestructuración cognitiva, y resolución de problemas, permitirá modificar los pensamientos catastróficos de la enfermedad y corregir falsas apreciaciones.
- 2) El nivel de ansiedad asociado a la enfermedad: Las personas con mayor nivel de ansiedad pueden tener un control metabólico más deficiente. En la diabetes, la técnica más estudiada para reducir estos niveles de activación han sido la relajación muscular, acompañada o no de *biofeedback*.
- 3) De las estrategias de afrontamiento que posee la persona depende la manera de enfrentarse al estrés asociado a la diabetes. Esta enfermedad plantea a diario situaciones que algunas personas pueden percibir como amenazadoras y pueden carecer de los recursos eficaces para hacerles frente. Las técnicas que han mostrado mayor eficacia para afrontar con éxito las situaciones difíciles han sido el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como el entrenamiento en autoobservación para detectar los riesgos que han de llevar a una actuación inmediata (como en el caso de hipoglucemias) (Gutiérrez, et al. 2003).

Por otra parte Díaz, et al. (1993) sugiere la necesidad de estructurar programas como clubes o grupos de autoayuda de diabéticos, con la finalidad de involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante el conocimiento de la información pertinente sobre su enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discriminar los momentos en que es indispensable un ajuste, tanto en el comportamiento, como en la alimentación y el farmacológico, para mantener sus niveles de glucosa dentro de los límites normales, y así evitar las complicaciones que el descontrol provoca. Díaz, et al. (1993) encontró que en el universo de pacientes diabéticos existen subgrupos:

**El grupo A** es aquél que en función de sus características de personalidad, su adherencia terapéutica, su conocimiento sobre la nutrición, y la percepción que tiene sobre el proceso salud-enfermedad, específicamente sobre la diabetes, puede modificar su locus de control (entendiéndose éste como las atribuciones que hace un sujeto sobre el control de su enfermedad, que pueden ser internas o externas). De esta manera se puede hacer cargo de buena parte del cuidado de su salud, mediante la discriminación de síntomas de alarma (como la polidipsia, poliuria, polifagia, entre otros) y de la toma de decisiones para el control de su enfermedad, por ejemplo, acudir a consulta médica, modificar su dieta, hacer ejercicio, o manejar adecuadamente sus emociones.

**El grupo B** sería aquél con características de personalidad que nieguen la posibilidad de aceptar el hecho de padecer una enfermedad incurable, con causas muy objetivas, razón por la cual aceptan explicaciones de tipo mágicas, o una atribución ajena a sí mismos para el control de su padecimiento; esto es, presentan; un locus de control externo. También la condición social y familiar a la que se ve sometido este grupo, impediría un adecuado control de la glucosa, por ejemplo: la imposibilidad de hacer dietas distintas para los que no son diabéticos. En ello se requiere reforzar el grupo de autocuidado con psicoterapia individual, de tal forma que cada paciente pueda encontrar la manera de enfrentar adecuadamente el hecho de ser diabético.

**El grupo C** es aquél en el que, debido a la cronicidad del padecimiento, las respuestas fisiológicas de los pacientes ya no pueden ser moduladas por la intervención psicológica. Por lo tanto se requiere de un cambio en la terapéutica médica, donde la recomendación sería un aumento en la dosis de los hipoglucemiantes orales o un cambio al uso de insulina (Díaz, et al. 1993).

Cuando se hace el diagnóstico inicial de la enfermedad, es el momento de integrar al paciente a un grupo de autoayuda, donde las intervenciones del psicólogo pueden ayudarlo a controlar sus niveles de glucosa.

# CAPÍTULO V

## METODOLOGÍA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen rasgos del temperamento que favorecen la adherencia en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

¿Existen rasgos del temperamento que no favorecen la adherencia en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

### OBJETIVO

Identificar los rasgos del temperamento que favorecen la adherencia en el tratamiento de pacientes diabetes mellitus tipo 2.

Identificar los rasgos del temperamento que no favorecen la adherencia en el tratamiento de pacientes diabetes mellitus tipo 2.

### VARIABLES

**Rasgo:** Características utilizadas para describir diferencias individuales y caracterizar la personalidad, los rasgos son elementos de la personalidad; describen regularidades o consistencias generales en el funcionamiento de la gente (Pervin, 1998).

**Temperamento:** forma dominante de la persona, que determina las reacciones del individuos a las acciones del ambiente (Campillo, 1994).

**Adherencia:** Es un involucramiento voluntario y activo del paciente en su tratamiento lo cual da como resultado una conducta preventiva y/o terapéutica (Meichenbaum y Turk, 1987).

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

**Rasgos:** resultados obtenidos de la aplicación del “Inventario de personalidad análisis del temperamento de Taylor y Johnson”.

**Adherencia al tratamiento:** que el paciente cumpla con sus prescripciones terapéuticas en relación a dieta, medicamentos y ejercicios, valorado a través de la aplicación del cuestionario elaborado para tal fin y de la revisión de los niveles de glucosa en sangre registrados en los expedientes de cada paciente durante un año.

**No adherencia al tratamiento:** que el paciente no cumpla con sus prescripciones terapéuticas en relación a dietas, medicamentos y ejercicios, valorado a través de la aplicación del cuestionario elaborado para tal fin y de la revisión de los niveles de glucosa en sangre registrados en los expedientes de cada paciente durante un año.

## MUESTRA

100 pacientes de ambos sexos afiliados a instituciones públicas (DIF, SSA, ISSSTE E IMSS) con diabetes mellitus tipo 2.

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

1. Personas que saben leer y escribir.
2. Adultos de 40 a 60 años de edad.
3. Sin sospechas de deficiencia mental.
4. Que no tengan patologías no relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2.
5. Que tengan mínimo un año de tratamiento de la diabetes tipo 2 en su clínica (DIF, SSA, ISSSTE e IMSS)

## TIPO DE MUESTRA

Se utilizó un muestreo intencional, por cuota.

## HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de Personalidad *Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson*, entre los grupos con diabetes mellitus tipo 2, de pacientes adheridos y pacientes no adheridos a su tratamiento.

## HIPÓTESIS ALTERNA

Existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de Personalidad *Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson*, entre los grupos con diabetes mellitus tipo 2, de pacientes adheridos y pacientes no adheridos a su tratamiento.

## INSTRUMENTOS

- 1.- Cedula de adherencia terapéutica elaborada ex profeso
2. Inventario de la Personalidad Análisis del Temperamento Taylor – Johnson.

## DESCRIPCION

El análisis del temperamento de Taylor-Johnson es una prueba resultado de muchos años de experiencia clínica e investigaciones en el campo de la psicoterapia individual y el consejo matrimonial. Dicho instrumento tuvo una revisión de acuerdo a técnicas estadísticas modernas para que pudiera seguir aportado datos para el área psicológica. (Villegas Hernández M. E. y Varela Domínguez R. comp. 1991)

## PROPÓSITO

Este instrumento aporta de manera rápida medidas de un número importante de variables de la personalidad; proporciona visualmente los sentimientos de las personas hacia sí mismas en el momento de contestar las preguntas. Constituye un auxiliar de los psicólogos para determinar y evaluar el significado de ciertos rasgos de personalidad que influyen en el ajuste personal, social, paternal, escolar y vocacional. No mide anormalidades pero si proporciona indicaciones de patrones de conducta que requieren cambios inmediatos. (Villegas Hernández M. E. y Varela Domínguez R. comp. 1991)

Se han calculado correlaciones con algunas pruebas como el Programa de Preferencias Personales de Edwards (EPPS) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) encontrándose que mide aproximadamente la misma área general de conducta que dichas pruebas. (Villegas Hernández M. E. y Varela Domínguez R. comp. 1991)

Debido a las características arriba mencionadas, se seleccionó la prueba para determinar qué diferencias en cuanto a rasgos de personalidad se encuentran en los grupos diabéticos adheridos y diabéticos no adheridos.

Dicho inventario cuenta con una descripción e interpretación para los rasgos que estudia y se mencionan a continuación:

## RASGO NERVIOSO VS. TRANQUILO

Nervioso.- Se define como el estado frecuentemente caracterizado por alta tensión y actitud aprensiva; algunas de sus manifestaciones son excitabilidad excesiva, pérdida fácil de serenidad o compostura, exceso de fumar o comer demasiado o beber, indigestión, pérdida de apetito, uso de medicamentos relajantes y manierismos nerviosos como morderse las uñas. El opuesto tranquilo se caracteriza por una actitud apacible, relajada; algunas de sus manifestaciones son la sensación de liberación de preocupaciones y ansiedad, la habilidad de recobrar la compostura después de situaciones exasperantes y la ausencia de manierismos nerviosos.

## RASGO DEPRESIVO VS. ALEGRE

Depresivo.- se le define como pesimista, desanimado; los ítems que miden reacciones depresivas comprenden estados de apatía, falta de ánimo, desilusión o pesimismo, preocupación depresiva por la vida, agotamiento emocional, problemas emocionales y contemplación del suicidio. El estado alegre se caracteriza por una actitud o disposición de felicidad.

## RASGO ACTIVO SOCIAL VS. PASIVO

Activo social.- se le define al individuo que posee energía entusiasmo y es socialmente activo; algunos de los ítems que le miden incluyen la sensación de energía y vitalidad, facilidad para relacionarse socialmente, viveza de movimientos, gozo de la actividad, es un trabajador infatigable disfruta de una amplia variedad de intereses y se mantiene en condición con ejercicios regulares. El rasgo opuesto es "pasivo" que se caracteriza por la preferencia de una vida reposada y calmada, su deseo es estar sólo más que con gente y la escasa participación en actividades sociales.

## RASGO EXPRESIVO - RESPONSIVO VS. INHIBIDO

Expresivo- Responsivo.- se considera así al individuo espontáneo, afectuoso o cariñoso, abierto o franco, comprende la habilidad para ser amigable responsivo al contacto con la gente alegre y entusiasta. Por el contrario el rasgo inhibido se caracteriza por la incapacidad de expresar sentimientos de ternura y por la tendencia a ser reservado, cohibido y reprimido.

## RASGO EMPATIA VS. INDIFERENCIA

Empatía.- Se le define empática a la persona benévola, comprensiva y compasiva, se percatan de la necesidad de aliento bondad y comprensión de los demás, se interesan por las personas enfermas, los niños los adultos mayores y en general por ayudar a los demás. Su opuesto es la indiferencia que se caracteriza por insensibilidad y actitudes poco comprensivas hacia los demás, son estrictos y

poco considerados con los demás, así como la incapacidad de reconocer las necesidades de familiares y amigos.

#### RASGO SUBJETIVIDAD VS. OBJETIVIDAD

Subjetivo.- se le define a la persona emotiva, ilógica, ensimismada; sus actitudes emocionales tienden a mermar su habilidad para actuar y pensar de manera lógica, lo que podría indicar una preocupación por sí mismo en ocasiones exagerada. La objetividad se caracteriza por la habilidad de ser analítico imparcial, desapasionado, de no estar inmerso en introspección o encontrarse abrumado por dudas internas y miedos o temores.

#### RASGO DOMINANTE VS. SUMISO

Dominante.- se le define a la persona segura de si misma, confiada, asertiva, competitiva, tienen influencia sobre los demás, incluye características de autoafirmación, confianza, liderazgo, muestran iniciativa firmeza, definición, empatía, sostienen sus convicciones o derechos, hablan en público y disfrutan del debate. Sumiso se guía por la tendencia a dejarse llevar por los otros, a fiarse demasiado de las personas, a no quejarse, a buscar la paz a cualquier precio, a dejarse persuadir y controlar por otros. La sumisión revela frecuentemente la carencia de autoestima.

#### RASGO HOSTIL VS. TOLERANTE

Hostil.- se le define a la persona, crítica, argumentativa, irreflexiva, con actitudes y modales demasiado desconsiderados, tienen la tendencia a sentirse superiores, arrogantes impacientes, sarcásticos, irrazonables. La tolerancia indica a aquel individuo paciente, de actitudes muy humanas, respetan los derechos humanos, no tienen prejuicios religiosos o raciales, en cuanto a actitud, son pacientes e indulgentes y se abstienen de quejarse o criticar a los demás.

#### RASGO AUTODISCIPLINADO VS. IMPULSIVO

Auto disciplinado.- es la cualidad de ser metódico, controlado y perseverante, los reactivos que le miden comprenden características de limpieza, regularidad y orden, la habilidad para organizar y planear, el tener paciencia y perseverancia, establecen objetivos, planean con anticipación, son metódicos, reflexivos, piensan antes de actuar, evitan cambios frecuentes de intereses y tienen buen autocontrol. La impulsividad hace referencia a características de desorganización, poco control y actitud cambiante; se mide con ítems que indican precipitación o apresuramiento al tomar decisiones, vacilación, habilidad deficiente para planear, son fácilmente provocados, se meten en líos por acciones apresuradas, así como dificultad para romper malos hábitos.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Expost facto descriptiva y de comparación, cuasiexperimental, por ser una investigación en la que resulta imposible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones, solo se observa situaciones ya existentes (Hernández, 1994).

## **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo - de comparación con dos grupos independientes:

- a. sujetos adheridos al tratamiento
- b. sujetos no adheridos al tratamiento

## **PROCEDIMIENTO**

Se solicitó a las autoridades de cada institución el apoyo para entrevistar a los pacientes diabéticos. Se acudió a los grupos de diabéticos de los centros de salud de la delegación Coyoacán y a grupos de diabéticos del DIF, se les explicó la finalidad del estudio y a quienes estuvieron de acuerdo, ese mismo día o se les aplicaron los instrumentos o mediante una cita. Se revisaron los expedientes de los pacientes de cada institución y se calificaron e interpretaron las pruebas y se realizó el análisis estadístico.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Para realizar el análisis de datos, se utilizó el análisis de frecuencias, con la finalidad tanto de hacer una descripción general de la población, como perfiles comparativos entre los sujetos adheridos y no adheridos al tratamiento, posteriormente se realizó una comparación entre dichos grupos utilizando la prueba t de Student para grupos independientes..

## CAPÍTULO VI

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación se basó en encontrar un perfil psicológico (rasgo de personalidad) que pudiera indicar el porqué las personas se adhieren o no a su tratamiento.

A partir de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes, en los cuales se revisó a lo largo de un año los niveles de glucosa registrados, por el médico, y del análisis de los datos obtenidos en la Cédula de adherencia terapéutica elaborada ex profeso, se dividió a los pacientes en dos grupos:

- 1.- Grupo 1: pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adheridos al tratamiento.
- 2.- Grupo 2: pacientes Diabetes Mellitas tipo 2 no adheridos al tratamiento.

Además de la aplicación del inventario de personalidad de Taylor y Johnson.

El análisis estadístico se dividió en tres fases:

1. Análisis sociodemográfico de la población.
2. Análisis comparativo entre grupos.
3. Análisis de perfiles de rasgos de personalidad.

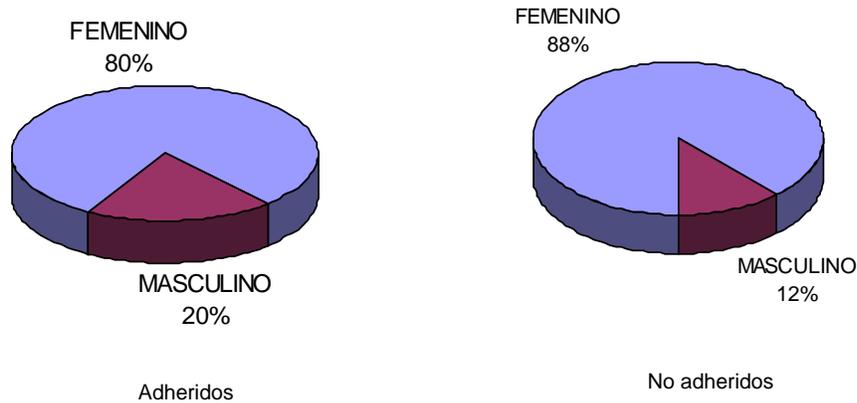
### ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

La población total fue de 100 sujetos conformada por hombres y mujeres del Distrito Federal y del Estado de México, que se atienden en el DIF, en el IMSS y en la Secretaría de Salud del D.,F.

Para llevar a cabo el análisis descriptivo de la población, se utilizó el análisis de frecuencias, obteniendo los siguientes resultados.

Con respecto al género, se pudo observar en ambos grupos, que la mayor proporción (en el grupo de adheridos un 80% y en el grupo de no adheridos un 88%), correspondió a las mujeres, tal y como puede observarse en la siguiente gráfica.

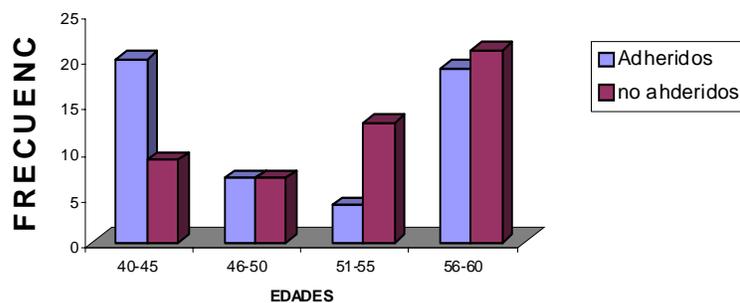
### Distribución de la población por sexo



**GRÁFICA 1**

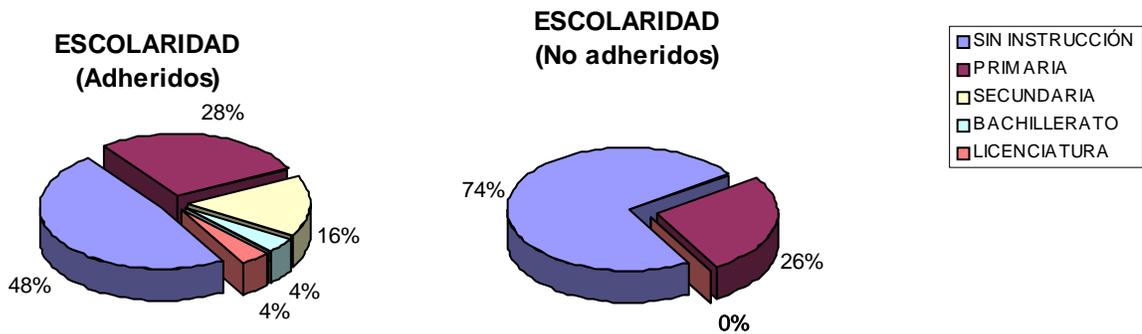
En cuanto a la edad, se observó una distribución que varió de los 40 años a los 60 años, con una media de 50 años para el grupo de adheridos y de 53 años para el grupo de no adheridos; como lo muestra la gráfica numero 2.

### Distribución por edades



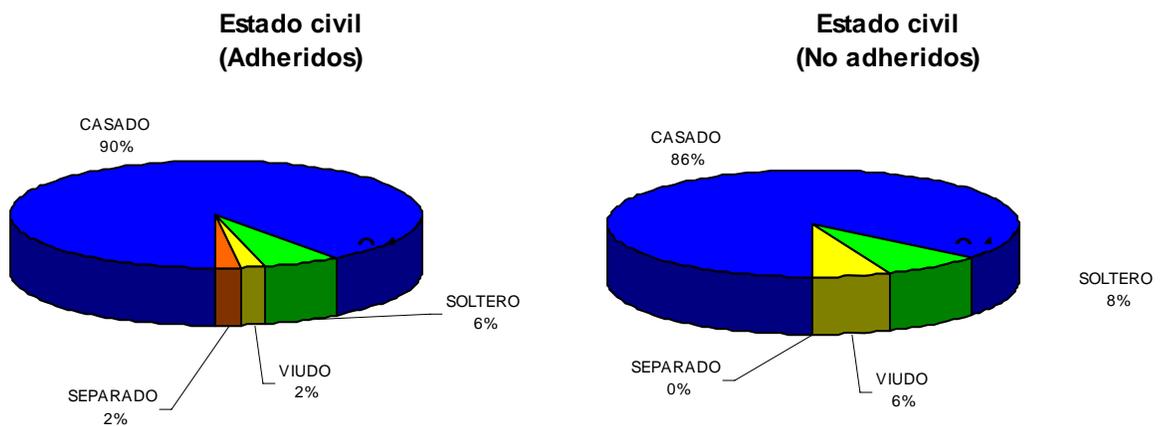
**GRÁFICA 2**

Para la escolaridad se encontró que en el grupo de adheridos el 48 % no tienen escolaridad, un 28% de ellos tienen estudios a nivel básico, el 16 % tiene secundaria terminada, con nivel bachillerato el 4 % y con licenciatura un 4%. En el grupo de no adheridos el 74 % no tienen escolaridad y sólo el 26% de ellos tienen estudios a nivel primaria, como se puede apreciar en la gráfica 3.

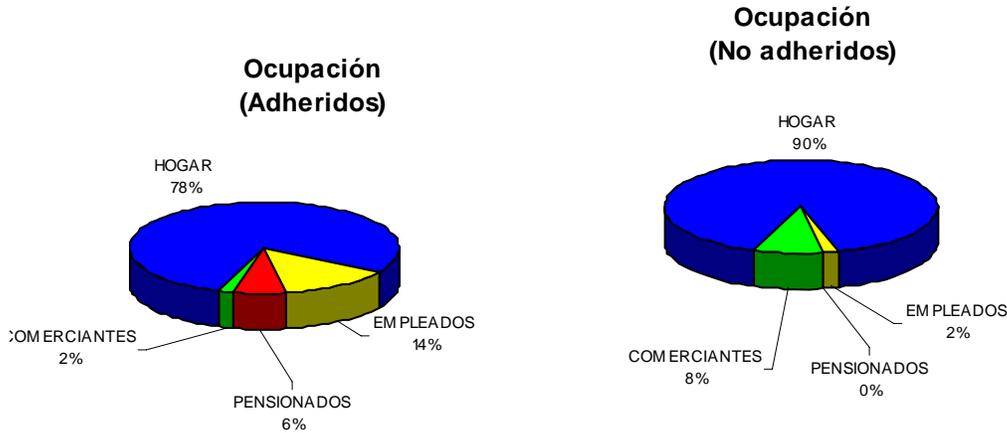


**GRÁFICA 3**

En cuanto al estado civil se encontró que para el grupo de adheridos el 90 % son casados, el 6 % son solteros, el 2 % viudos y el 2% son separados. En el grupo de no adheridos el 86 % son casados, el 8 % son solteros y el 6 % viudos, tal como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

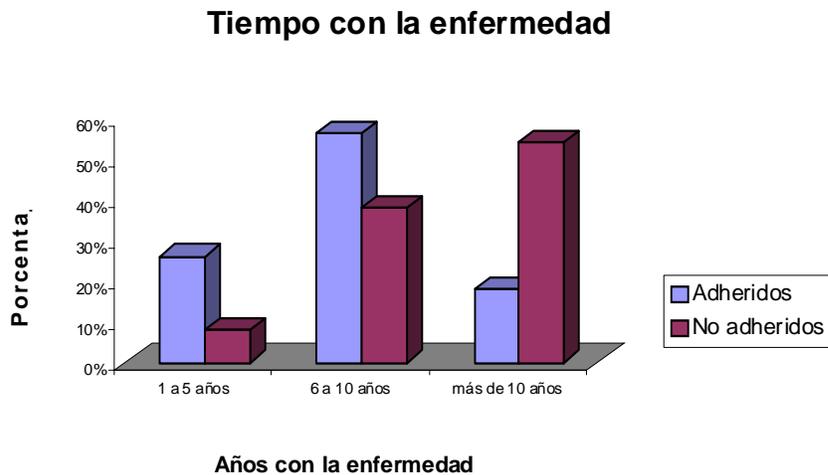


Con respecto a la ocupación, en el grupo de adheridos el 78% se dedican al hogar, el 14% son empleados, un 6% son pensionados y un 2% se dedican al comercio. Para el grupo de no adheridos el 90% se dedican al hogar, el 2% son empleados, no hay pensionados y un 8% se dedican al comercio. como lo muestra la gráfica a continuación.



**GRÁFICA 5**

El tiempo que tienen los pacientes con la enfermedad fue clasificado en tres grupos: de 1 a 5 años con un 26% para el grupo de adheridos, de 6 a 10 años fue un 56% para el grupo de adheridos y más de 10 años con un 18% para el grupo de adheridos, mientras que para el grupo de no adheridos, de 1 a 5 años con un 8%, de 6 a 10 años fue un 38% y más de 10 años con un 54%, como lo muestra la gráfica 6.



**GRÁFICA 6**

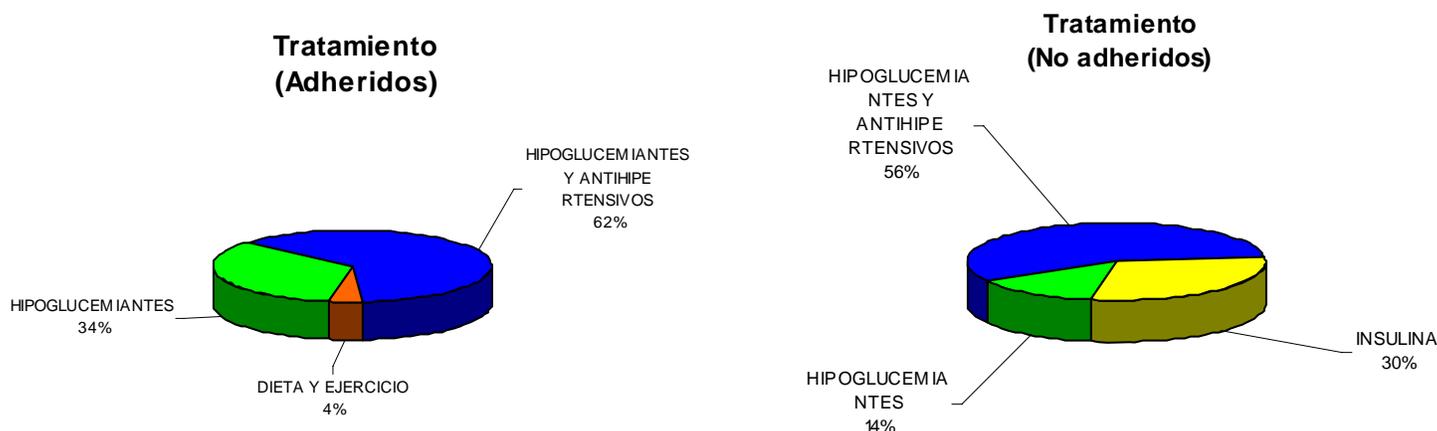
El tipo de tratamiento que llevan los pacientes diabéticos que participaron en este estudio, se clasificó en 4 categorías:

a) Grupo de adheridos:

- 1) Hipoglucemiantes orales, dieta y ejercicio, con un 34 %
- 2) Antihipertensivos, Hipoglucemiantes orales, dieta y ejercicio, con 62%
- 3) Insulina, dieta y ejercicio 0%
- 4) Dieta y ejercicio un 4%

b) Grupo de no adheridos:

- 1) Hipoglucemiantes orales, dieta y ejercicio, con un 14 %
- 2) Antihipertensivos, Hipoglucemiantes orales, dieta y ejercicio, con 56%
- 3) Insulina, dieta y ejercicio, un 30%
- 4) Dieta y ejercicio un 0%



**GRÁFICA 7**

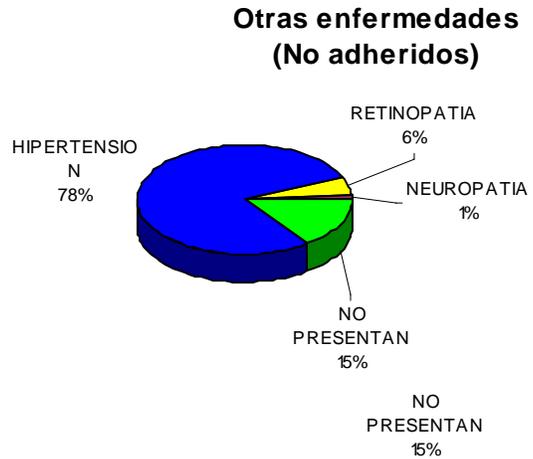
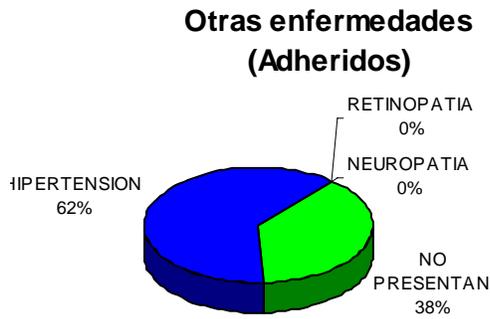
También se encontró que además de la diabetes mellitus tipo 2, presentan otros padecimientos (gráfica 8), como son:

a) Grupo de adheridos:

- 1) No presentan otro padecimiento el 38%
- 2) Hipertensión el 62%
- 3) Retinopatía 0%
- 4) Neuropatía 0%

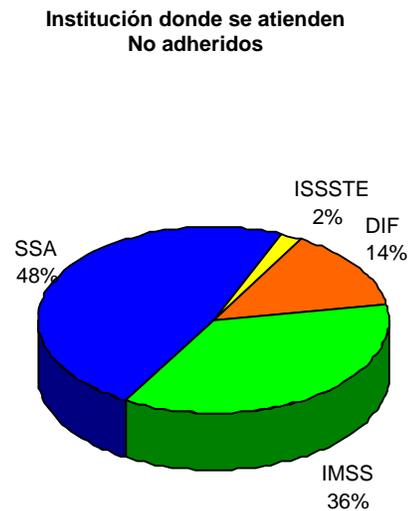
a) Grupo de no adheridos:

- 1) No presentan otro padecimiento el 15%
- 2) Hipertensión el 78%
- 3) Retinopatía 6%
- 4) Neuropatía 1%



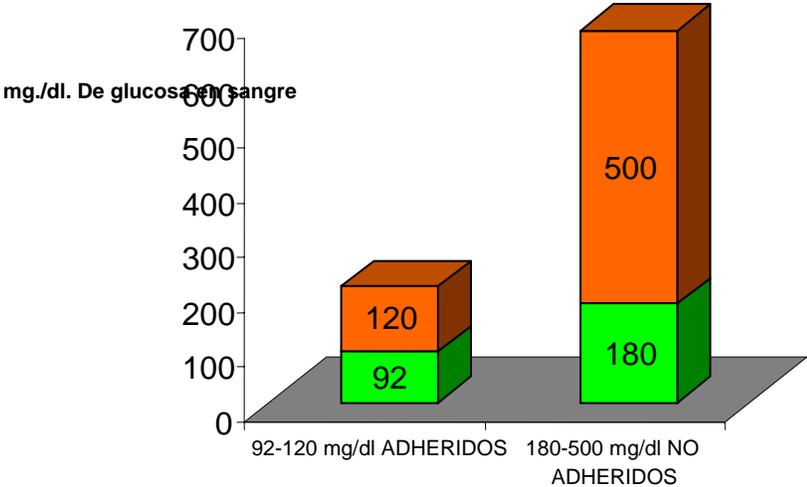
**GRÁFICA 8**

Los pacientes que participaron en el presente estudio llevan su tratamiento en diversas instituciones públicas, en el grupo de adheridos el 16% se atienden en el DIF, el 34% en el IMSS, el 48% en la SSA y el 2% en el ISSSTE. En el grupo de no adheridos el 14% se atienden en el DIF, el 36% en el IMSS, el 48% en la SSA y el 2% en el ISSSTE, como lo muestra la gráfica 9.



En los estudios de gabinete realizados a los pacientes, en las instituciones antes mencionadas, se observó que para los pacientes adheridos los niveles de glucosa en sangre variaron de 92 gr. /dl. a 120 gr./dl. Con una media de **103.58** y para los pacientes no adheridos se encontraron niveles de glucosa de 180 gr./dl. hasta 500 gr./dl. Con una media de **165.57**, como lo muestra la gráfica 10.

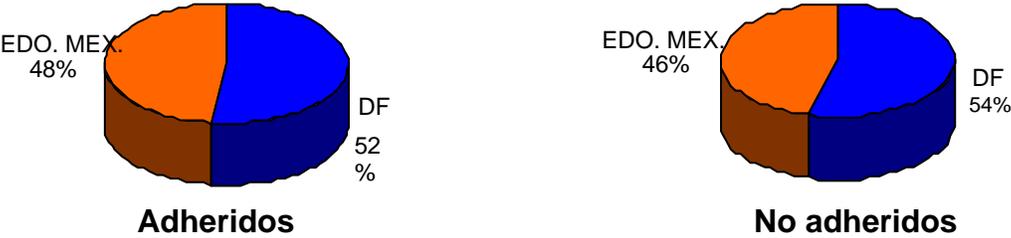
**Niveles de glucosa en sangre**



**GRÁFICA 10**

Para concluir con los datos sociodemográficos participaron para en el grupo de adheridos un 52% del Distrito Federal y un 48% del estado de México y en el grupo de no adheridos, participaron un 54 % del Distrito Federal y un 46% de Estado de México, como se observa en la gráfica 11.

**LOCALIDAD**



**GRÁFICA 11**

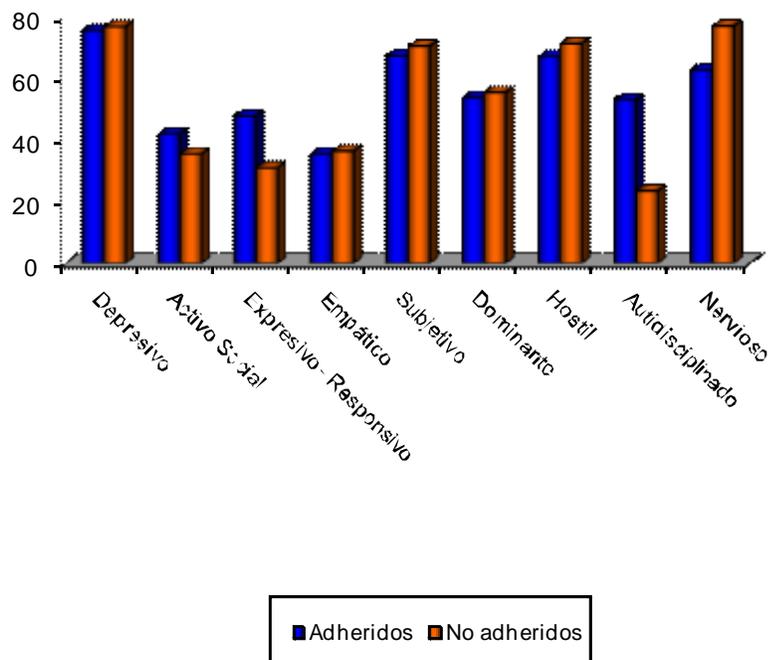
## ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE GRUPOS

Una vez concluido el análisis sociodemográfico, se procedió a realizar a través del análisis de frecuencias un análisis de perfiles de personalidad, obteniendo los siguientes resultados:

En lo que corresponde a los datos psicológicos, el inventario utilizado arroja puntajes crudos para cada uno de los 9 rasgos de personalidad, los cuales fueron convertidos a percentiles, utilizando las tablas normativas.

Una vez obtenidos los percentiles, se elaboró un perfil comparativo para cada uno de los 9 rasgos que mide la prueba utilizada; al respecto se observó que algunos rasgos presentaron resultados similares entre los grupos (*adheridos y no adheridos al tratamiento*), particularmente los referidos a los rasgos depresivo, subjetivo, hostil y dominante, tal y como puede observarse a continuación.

Medias obtenidas de los Rasgos de Personalidad



GRÁFICA 12

Tal y como puede observarse, a pesar de que la gran mayoría de los rasgos muestran puntajes similares entre los grupos, existen algunos que permiten observar claras diferencias, por tal motivo, se procedió a realizar el análisis de

comparación, con la finalidad de determinar si dichas diferencias observadas, resultaban estadísticamente significativas, para lo que se utilizó la prueba t de Student, cuyo resultados se presentan a continuación (Tabla 1).

**Tabla # 1**

**Comparación pacientes adheridos y no adheridos por rasgos de personalidad.**

Grupo	Rasgo	Media	Desviación Estándar	t	SIG
Adherido	<b>Depresivo vs Alegre</b>	75.08	19.91	-.343	.732
No adherido		76.44	19.74		
Adherido	<b>Activo social vs Pasivo</b>	41.78	23.51	1.524	.131
No adherido		35.34	18.42		
Adherido	<b>Expresivo vs Inhibido</b>	<b>47.54</b>	<b>29.27</b>	<b>3.199</b>	<b>.002</b>
No adherido		<b>30.80</b>	<b>22.63</b>		
Adherido	<b>Empático vs Indiferente</b>	35.32	21.24	-.216	.892
No adherido		36.22	20.37		
Adherido	<b>Subjetivo vs Objetivo</b>	67.02	21.75	-.768	.445
No adherido		70.16	19.06		
Adherido	<b>Dominante vs Sumiso</b>	53.60	24.00	-.341	.734
No adherido		55.20	22.91		
Adherido	<b>Hostil vs Tolerante</b>	66.82	22.10	-.973	.333
No adherido		71	20.81		
Adherido	<b>Autodisciplina vs Impulsivo</b>	52.82	22.52	.497	.620
No adherido		50.54	23.35		
Adherido	<b>Nervioso vs Tranquilo</b>	<b>62.32</b>	<b>23.27</b>	<b>-3.437</b>	<b>.001</b>
No adherido		<b>76.66</b>	<b>18.13</b>		

Una vez aplicada la prueba t de Student para determinar las probables diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (*adheridos y no adheridos*), se pudo observar únicamente los rasgos expresivo y nervioso, obtuvieron significancia estadística

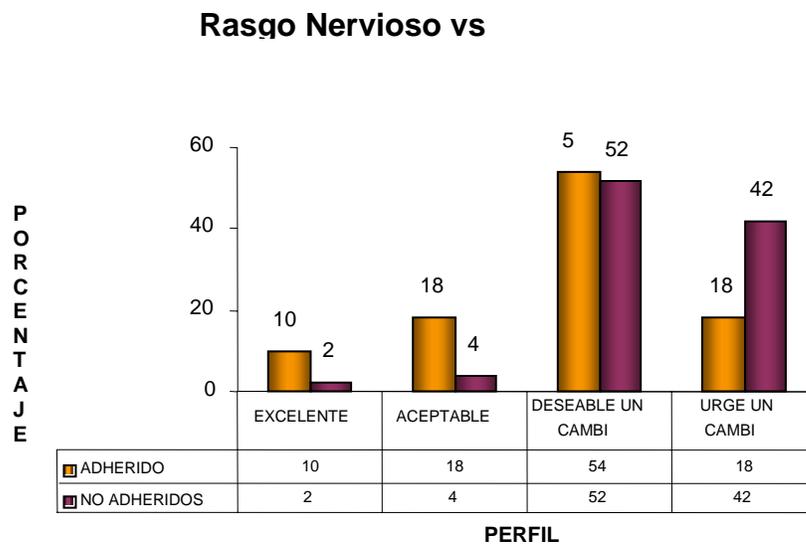
Como puede observarse en la tabla -1, los rasgos de personalidad en donde se encontraron diferencias significativas, son: nervioso vs. tranquilo ( $\alpha = 0.001$ ) e

inhibido vs. expresivo responsivo ( $\alpha = 0.002$ ), por lo que se puede inferir que ambos rasgos son determinantes en cuanto a la adherencia terapéutica del paciente hacia su tratamiento.

## ANÁLISIS DE PERFILES DE PERSONALIDAD

Dado que el objetivo general de este estudio fue determinar un perfil de rasgos de personalidad por cada grupo, y teniendo en cuenta que la prueba por sí misma permite obtener como resultado un perfil individual, con 4 niveles posibles por cada rasgo (excelente, aceptable, es deseable un cambio y el cambio es urgente); se realizó una comparación entre niveles por rasgo en cada grupo y se obtuvo lo siguiente.

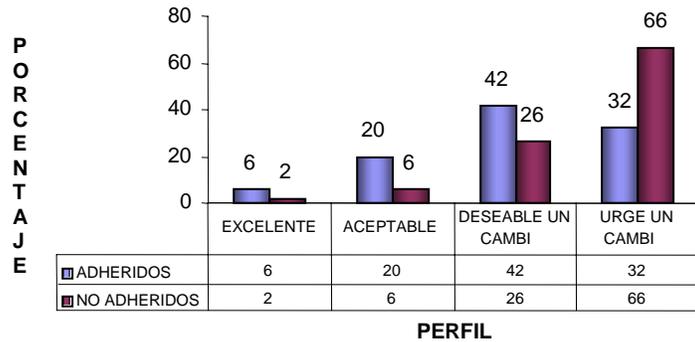
En los perfiles obtenidos para el rasgo nervioso vs. calmado entre ambos grupos se observan claras diferencias en 3 de los 4 resultados obtenidos tal y como puede observarse en la gráfica 13.



**GRÁFICA 13**

Con respecto a los perfiles obtenidos para el rasgo depresivo vs. Alegre entre ambos grupos se observan algunas claras diferencias en 3 de los 4 resultados obtenidos tal y como se puede observar en la gráfica 14.

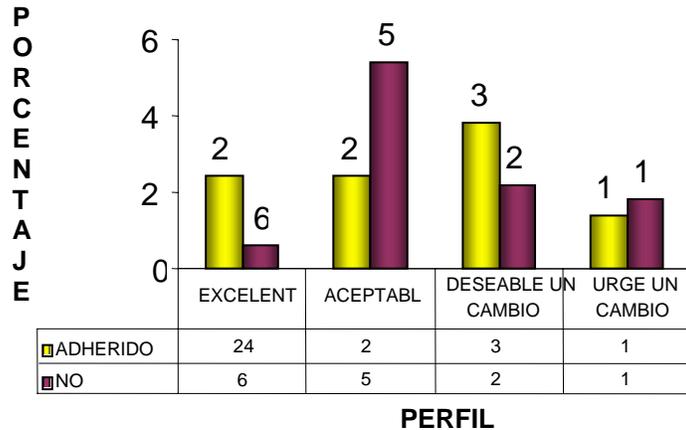
### Rasgo Depresivo vs Alegre



**GRÁFICA 14**

En cuanto al rasgo activo social vs. tranquilo también se observan claras diferencias en 3 de los 4 resultados que se obtienen entre los 2 grupos estudiados, tal como lo muestra la gráfica 15.

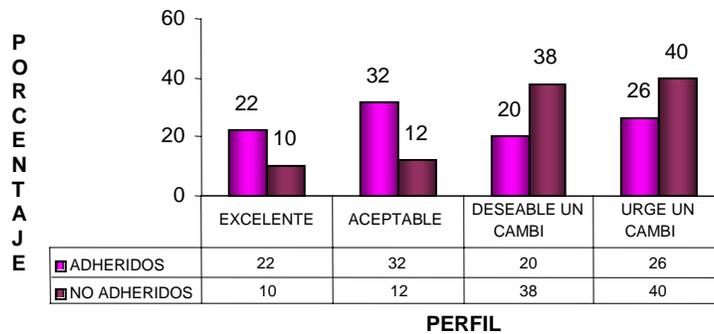
### Rasgo Activo Social vs Tranquilo



**GRÁFICA 15**

En los perfiles obtenidos para el rasgo expresivo responsivo vs. inhibido entre ambos grupos se observan claras diferencias en los 4 resultados obtenidos tal como puede observarse en la gráfica 16.

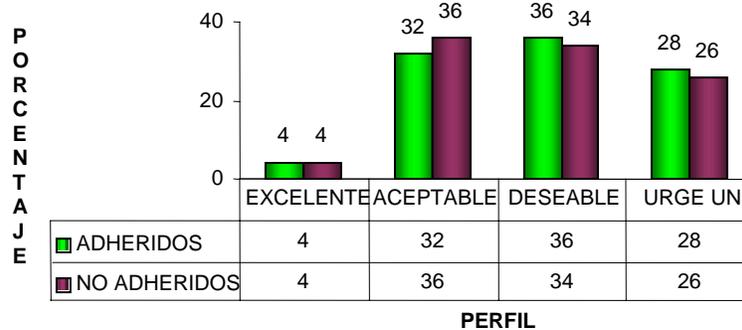
### Rasgo Expresivo Responsivo vs Inhibido



**GRÁFICA 16**

Con respecto a los perfiles obtenidos para el rasgo empático vs. indiferente entre ambos grupos no se observan diferencias muy marcadas en los 4 resultados obtenidos tal y como se puede observar en la gráfica 17.

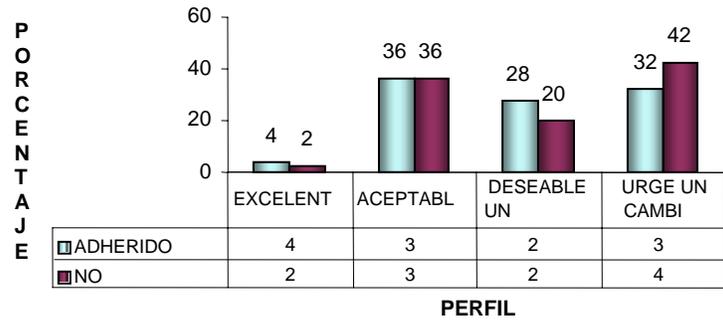
### Rasgo Empático vs Indiferente



**GRÁFICA 17**

En cuanto al rasgo subjetivo vs. objetivo solo se observan diferencias en 2 de los 4 resultados que se obtienen entre los 2 grupos estudiados, tal como lo muestra la gráfica 18.

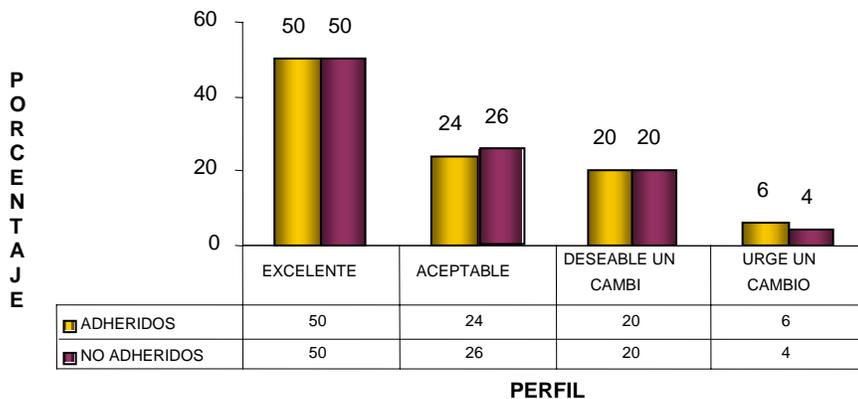
### Rasgo Subjetivo vs Objetivo



**GRÁFICA 18**

En los perfiles obtenidos para el rasgo dominante vs. sumiso entre ambos grupos no se observan claras diferencias en los 4 resultados obtenidos tal y como puede observarse en la gráfica 19

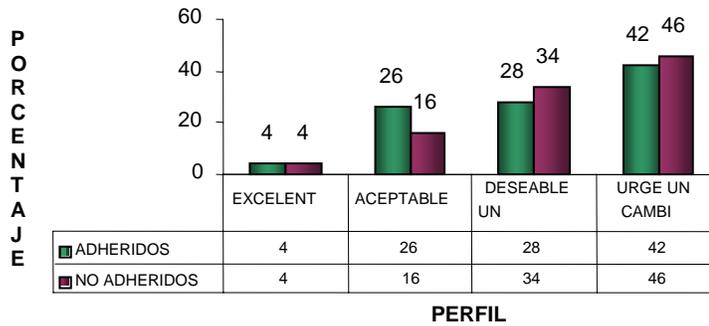
### Rasgo Dominante vs Sumiso



**GRÁFICA 19**

Con respecto a los perfiles obtenidos para el rasgo hostil vs. tolerante entre ambos grupos se observan algunas claras diferencias en 1 de los 4 resultados obtenidos y en 2 de ellos hay diferencias aunque no muy marcadas (en el resultado deseable un cambio y urge un cambio) tal y como se puede observar en la gráfica 20.

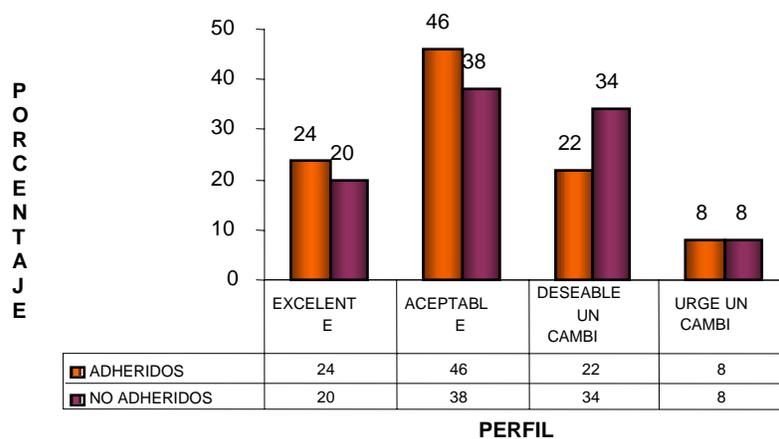
### Rasgo Hostil vs Tolerante



**GRÁFICA 20**

En cuanto al rasgo autodisciplinado vs. impulsivo se observan claras diferencias en 3 de los 4 resultados que se obtienen entre los 2 grupos estudiados, tal como lo muestra la gráfica 21.

### Rasgo Autodisciplinado vs Impulsivo



**GRÁFICA 21**

Comparando las medias de los perfiles de ambos grupos se observó que en algunos de los rasgos como son: nervioso, depresivo y expresivo responsivo muestran diferencias, (como lo muestra las graficas anteriores) por lo tanto para saber si dichas diferencias son significativas, se aplicó nuevamente la prueba t de Student, obteniendo los siguientes resultados.

**Tabla # 2**

**Comparación pacientes adheridos y no adheridos por perfiles de personalidad.**

<b>Grupo</b>	<b>Rasgo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>t</b>	<b>SIG</b>
Adherido	<b>Depresivo vs Alegre</b>	<b>2</b>	<b>.881</b>	<b>3.511</b>	<b>.001</b>
No adherido		<b>1.44</b>	<b>.705</b>		
Adherido	<b>Activo social vs Pasivo</b>	2.58	1.012	.532	.596
No adherido		2.48	.863		
Adherido	<b>Expresivo vs Inhibido</b>	<b>2.50</b>	<b>1.111</b>	<b>2.786</b>	<b>.006</b>
No adherido		<b>1.92</b>	<b>.966</b>		
Adherido	<b>Empático vs Indiferente</b>	2.12	.872	-.344	.732
No adherido		2.18	.873		
Adherido	<b>Subjetivo vs Objetivo</b>	2.12	.918	.75	.452
No adherido		1.98	.937		
Adherido	<b>Dominante vs Sumiso</b>	3.18	.962	-.214	.831
No adherido		3.22	.910		
Adherido	<b>Hostil vs Tolerante</b>	1.92	.922	.783	.435
No adherido		1.78	.864		
Adherido	<b>Autodisciplina vs Impulsivo</b>	2.86	.881	.905	.368
No adherido		2.70	.886		
Adherido	<b>Nervioso vs Tranquilo</b>	<b>2.20</b>	<b>.857</b>	<b>3.533</b>	<b>.001</b>
No adherido		<b>1.66</b>	<b>.658</b>		

Como se puede observar en la tabla numero 2, las diferencias encontradas al comparar los perfiles de cada grupo, se obtuvo que en el perfil del rasgo depresivo las diferencias son significativas con un 0.001, en el perfil del rasgo nervioso las diferencias son significativas con un 0.001 y en el perfil del rasgo expresivo responsivo, las diferencias son significativas con un 0.006.

En los resultados descritos con anterioridad, se pudo observar que los rasgos nervioso y expresivo responsivo, son significativos al compararse frecuencias, puntajes crudos y puntajes con perfil entre ambos grupos, por consiguiente son rasgos muy importantes en cuanto a la adherencia terapéutica se refiere, también juega un papel importante el rasgo depresivo, ya que si bien no fue significativo al comparar los puntajes percentiles entre ambos grupos, si lo fue al comparar los perfiles de los rasgos entre ambos grupos. Por otro lado los rasgos que se creía serian relevantes, para la adherencia, como son la autodisciplina, dominante, activo social, no mostraron diferencias significativas.

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La diabetes es una de las enfermedades con más alta incidencia en la población mundial. En México, la mortalidad por diabetes se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas ya que ocupa el primer lugar de mortalidad con 46 525 casos al año, es decir con una tasa del 46.72% por cada 100.000 habitantes (SSA, 2005).

Por tal motivo la Medicina se ha visto en la necesidad de vincularse con el área de la Psicología, y se ha apoyado en la rama de la Psicología de la Salud para la realización de investigación y tratamiento de los padecimientos crónicos (diabetes mellitus, cáncer, enfermedades coronarias, etc.) que afectan más a la población a nivel mundial.

Como parte de dicho esfuerzo, la presente investigación tuvo como objeto identificar aquellos rasgos psicológicos que atañen a una de las enfermedades más extendidas en el mundo y en nuestro país, la Diabetes mellitus tipo 2.

El principal problema que se ha detectado en diversas investigaciones sobre diabetes mellitus tipo 2, es la falta de adherencia al tratamiento, ya que ello implica cambios en sus hábitos, como llevar una dieta especial, realizar ejercicios, además en la mayoría de los casos el uso de medicamentos o la administración diaria de insulina.

¿Por qué los pacientes se adhieren o no al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2? Es la pregunta central que motivó a esta investigación ya que se trata de una decisión personal (el adherirse o no) la cual se cree que tiene que ver con los rasgos de personalidad.

Para designar los grupos se aplicó un cuestionario ex profeso y el análisis de sus mediciones de glucosa en sangre a los largo de un año, en sus expedientes; se obtuvieron dos categorías: grupo 1) pacientes adheridos y grupo 2) pacientes no adheridos.; Además del instrumento: "Inventario de análisis del temperamento de Taylor y Johnson" que nos permitió conocer la personalidad de cada paciente.

Como resultado del análisis sociodemográfico de la población, se observó que, En el grupo de no adheridos el 76% de los pacientes no tuvieron ningún grado de escolaridad y el 24% tuvo solo nivel primaria, en el estudio realizado por Duran Varela y cols. (2002), un factor asociado al no apego fue la escolaridad primaria, en el presente estudio tal factor también fue determinante, ya que el grupo de pacientes adheridos tuvo mayor grado de escolaridad con un 48% que no tuvieron ningún grado de escolaridad, el 28% tuvieron solo nivel primaria, 12% secundaria, el 4% de bachillerato y el 4% con nivel licenciatura.

En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre los años 2001 al 2002 se aplicó un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, concluyendo que las mujeres alcanzaron la mejor calificación en el dominio de nutrición, ya que está asociada con exposiciones repetidas por el personal de salud, debido a su mayor asistencia a las unidades de atención médica y sobre todo que las mujeres preparan los alimentos lo cual les permite decidir el menú con más facilidad que a los hombres López, Carmona y cols., (2003). Por lo tanto las mujeres, muestran mayor interés en su salud y participan más directamente en cuidar su adherencia que los hombres. En el presente estudio participaron en un mayor porcentaje mujeres, con un 80% en el grupo 1, mientras que en el grupo de no adheridos tuvieron un 88%.

También en el mismo estudio, López, Carmona y cols., (2003) encontraron que los pacientes de 60 años de edad mantienen una buena adherencia al tratamiento debido a que ha mayor edad los pacientes presentan más enfermedades o complicaciones que arriesgan su pronóstico, por lo que parecen estar dispuestos a modificar su estilo de vida y seguir las indicaciones del personal de salud. En el presente estudio se observó que en el grupo de edad de 56 a 60 años son muy similares las frecuencias de 19 pacientes del grupo de adheridos y 21 pacientes del grupo no adheridos, y por el contrario a lo que encontraron López y Carmona, presentaron mejor adherencia el grupo de pacientes de 40 a 45 años con 20 pacientes para el grupo de adheridos y 9 pacientes para el grupo de no adheridos.

Después de comparar los datos sociodemográficos, el objetivo primordial de la presente investigación es encontrar diferencias entre los rasgos de personalidad de las personas del grupo de adheridos y del grupo de no adheridos, y se obtuvo que en los rasgos **expresivo vs. inhibido** y el rasgo **nervioso vs. tranquilo** resultan significativas al comparar los puntajes percentiles.

También se encontró al comparar los perfiles entre ambos grupos que los rasgos **expresivo vs. inhibido** y el rasgo **nervioso vs. tranquilo** resultan significativos además del rasgo **depresivo Vs. Alegre** que también resultó significativo.

En la presente investigación se encontró un perfil psicológico de rasgos de personalidad para cada grupo de pacientes, el grupo de pacientes adheridos manifestaron que están más tranquilos, de mejor ánimo y expresan sus sentimientos más que en el grupo de no adheridos quienes son más nerviosos, depresivos y no expresan fácilmente sus sentimientos.

Por lo tanto los rasgos **expresivo vs. inhibido** y el rasgo **nervioso vs. tranquilo** son rasgos importantes para lograr una buena adherencia terapéutica en los pacientes.

En ambos grupos de pacientes se presentó depresión, aunque fue menor en el grupo de pacientes adheridos como se puede observar en la grafica 14; lo cual concuerda con lo encontrado por (Catón, 1982; Schulberg y Burns, 1988; Lustman, Griffith, Gavard y Clouse, 1992) quienes mencionan que los trastornos

depresivos son los que aparecen con más frecuencia y además su prevalencia es mayor en pacientes diabéticos, que en la población en general y que cuando aparece un trastorno depresivo en una persona con diabetes, empeora el control de la glicemia (Gutiérrez, et al. 2003).

Gutiérrez, et al. (2003) encontró que las personas con mayor nivel de ansiedad pueden tener un control metabólico más deficiente. En el presente estudio se encontró que el rasgo nervioso se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes no adheridos que en los pacientes si adheridos, y dichas diferencias son significativas estadísticamente.

Por otro lado, Orlandini y Pastore (1995) han evaluado la relación entre el control glicémico y las alteraciones de la personalidad, basados en los trastornos del eje II del DSM-III R y se ha observado que las características que predicen peores niveles de hemoglobina glucosilada son: inestabilidad emocional, baja autoestima, relaciones basadas en la dependencia, dificultad para el control de impulsos y dificultad para tolerar la frustración (Gutiérrez, et al. 2003). En la presente investigación se encontró que el rasgo depresivo(se caracteriza por falta de animo, pesimismo, desilusión, apatía) y se relaciona con problemas de autoestima, se encontró con mayor frecuencia en pacientes no adheridos. En cuanto al rasgo nervioso(el cual se manifiesta por excitabilidad excesiva, perdida fácil de la serenidad) y se relacionan con mayor dificultad para controlar los impulsos, y dificultad para tolerar la frustración, estos se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de pacientes no adheridos.

Las técnicas que han mostrado mayor eficacia para afrontar con éxito las situaciones difíciles han sido el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como el entrenamiento en auto observación para detectar los riesgos que han de llevar a una actuación inmediata (como en el caso de hipoglucemias) (Gutiérrez, et al. 2003). Aunque este autor hace referencia a estas técnicas como tratamiento en pacientes diabéticos, en el presente trabajo se encontró que el rasgo expresivo (se caracteriza por la habilidad que se tiene de ser amigable, responsivo al contacto con la gente, alegre e entusiasta) y esta relacionada con ser una persona asertiva y con facilidad para socializar, estas características se encontraron en los pacientes adheridos en su tratamiento y dicho resultado fue significativo estadísticamente.

Por lo que a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

La depresión generada por las enfermedades crónico- degenerativas como lo es la diabetes mellitus tipo 2 es parte fundamental a trabajar por los psicólogos en el tratamiento de esta enfermedad, ya que en la mayoría de los casos el tratamiento del diabético es exclusivamente médico, es decir muy pocos pacientes se les canaliza para una atención psicológica y da el caso que en la mayoría de las instituciones son muy pocos los psicólogo y se dedican a atender otro tipo de

padecimientos; Por lo que a nivel institucional, esta enfermedad, aun no es tratada de manera integral.

Las instituciones públicas deben enfocarse más en la prevención de la diabetes mediante campañas que fomenten buenos hábitos para la salud y reforzar los grupos de autoayuda mediante la intervención de psicólogos, nutriólogos y demás especialistas dedicados a esta enfermedad, que brinden la información y atención más completa posible y a un nivel entendible para el paciente y sus familiares.

Son muy diversas las variables que se pueden estudiar con respecto a la adherencia desde el punto de vista psicológico, las creencias y mitos sobre la enfermedad, la actitud de los pacientes hacia su enfermedad, la negación que presentan, la depresión como causa de baja adherencia, la calidad de vida del paciente diabético, etc. la gama es muy amplia y toda información que proporcione elementos para conocer más sobre esta y otras enfermedades, permitirá que podamos dar a los pacientes una mejor atención.

Por lo tanto en esta investigación se rechaza la hipótesis nula (no existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con diabetes mellitus adheridos y no adheridos) ya que si se encontraron diferencias entre ambos grupos, por lo que los rasgos de personalidad si determinan que un paciente se adhiera o no al tratamiento. Los rasgos **expresivo, alegre y tranquilo** permiten al paciente seguir su tratamiento de manera más efectiva y con mejores resultados ayudándole a tener una mejor calidad de vida. Por el contrario los rasgos **inhibido, depresivo y nervioso** dificultan la adherencia al tratamiento.

Es recomendable que el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, sea multidisciplinario, ya que la aportación de cada especialista de la salud es importante, en la presente investigación se muestra que los rasgos de la personalidad del paciente contribuyen o no a que el paciente se adhiera a su tratamiento y es indispensable crear programas de tratamiento de intervención psicológica basados en el fortalecimiento de los rasgos que permiten adherirse al tratamiento, y a la modificación de aquellos que no permiten la adherencia, ya que muchos de los rasgos de personalidad son susceptibles de modificarse, con la adecuada intervención de los especialistas en psicología.

También es importante señalar que según la OMS 2004 (en Abarca M. 2004) se espera que las cifras de personas con DM tipo2 llegue a duplicarse dentro de 20 años(alrededor de 65 millones de personas), lo cual generara enormes gastos en atención tanto de la enfermedad en si como de sus padecimientos derivados, lo cual hace que sea de gran importancia empezar a tomar acciones desde el ámbito educativo en colaboración con la psicología a modo de prevenir este problema.

Según la OPS 2004 (en Abarca M. 2004) actualmente lo que se requiere a nivel de intervención y prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2 es la implementación de actividades educativas, así como de procesos de atención integral, donde no solo

se toma en cuenta a los profesionales tradicionalmente involucrados,( médicos, nutriólogos, enfermeras), sino que también sean incluidos especialistas en psicología, trabajo social y sociología, quienes desde su área pueden abordar eficazmente a la enfermedad, brindándole al paciente la posibilidad de recibir información y atención desde los diferentes aspectos que integran su vida: familiar, emocional, social y laboral etc.

Se propone crear manuales dirigidos a profesionales de psicología para la atención de Diabetes Mellitus tipo 2 en México, y utilizar los modelos psicológicos que puedan ayudar en este problema, por ejemplo, varias investigaciones han confirmado que el modelo cognitivo conductual ha sido eficaz para lograr una mejor adherencia terapéutica en el tratamiento de esta enfermedad

También se recomienda ampliar el campo laboral del psicólogo dentro de las instituciones publicas y privadas para la atención y prevención de este padecimiento, ya que es menos costoso para las instituciones, prevenir la enfermedad y sus complicaciones; El psicólogo puede trabajar directamente con los pacientes para promover estilos de vida saludable y así evitar la diabetes mellitus tipo 2 y muchas otras enfermedades y también ayudar a modificar conductas y estilos de vida que generan enfermedad o que evitan la adecuada adherencia a los tratamientos.

La OPS (1996) lanza una voz de alerta para que se integre el paciente en su propio tratamiento pues considera que aunque los especialistas, quienes conocen qué es lo mejor para atender el padecimiento. Solo quien tiene la enfermedad en su vida cotidiana, podrá saber, con qué recursos cuenta para alcanzar las metas de una forma optima.

También en relación con este punto Figuerola (1999) ha determinado para los profesionales, tanto en salud, como a los psicólogos, una serie de requisitos para involucrar al paciente en su tratamiento:

- 1.-Asegurarse de que el paciente dispone de ciertas vías de comunicación y recursos que le permitan aclarar las dudas que tenga con respecto a su tratamiento.
- 2.-Plantear con el paciente objetivos a corto, mediano y largo plazo. Esto con el deseo de que no se desanime en el proceso, al ver que no ha alcanzado las metas propuestas de más amplio alcance.
- 3.-Asegurarse de que el paciente comprende claramente qué es lo que tiene que hacer en su tratamiento, haciendo alusión a la revisión del marco de creencias, las emociones presentes en relación con la enfermedad.
- 4.-Dar la información en pequeñas dosis, es decir, a través de un proceso que comprenda todos los puntos anteriores.
- 5.-Motivar al paciente informándole los éxitos que va alcanzando durante el proceso.

6.-Asegurarse de que los familiares y personas cercanas, se encuentren informados acerca de lo que es la enfermedad, incluyendo alguna terminología básica.

En cuanto a la familia, su participación activa en el proceso de salud del paciente diabético, le permitirá controlar mejor sus niveles de glucemia y puede conducirlo a una mejor comprensión de la enfermedad. Esto se traduce en prevención, anticipación y menor incidencia de complicaciones.

Otra aportación de la presente investigación es mostrar un perfil de los rasgos del temperamento, que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para que sirvan como base para la creación de programas de prevención y control de la enfermedad, así como para la práctica de los profesionales de la salud, principalmente los psicólogos para que tengan un campo desde donde implementar un plan de acción o programa para el control de esta enfermedad y demás profesionales de la salud para que conozcan uno de los aspectos más importantes del paciente, como lo es el aspecto psicológico.

Por otro lado se espera que los datos e investigaciones aquí mencionadas puedan aportar ideas de investigación, intervención, análisis y atención del problema de la diabetes mellitus tipo 2 tanto para investigadores como para todos aquellos que les incumbe esta problemática, entre ellos las instituciones, los gobiernos y los que generan las políticas de atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abarca Molina, Karla María (2004) MANUAL COGNITIVO CONDUCTUAL-EMOCIONAL PARA FACILITAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. GUIA PARA PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA. Universidad de Costa Rica. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología.
2. Aguilar, G. E. (1994) CARTAS A UN DIABETICO "COMO PROLONGAR LA VIDA SALUDABLE" Ed. Trillas, México.
3. Alcántara, A TU SALUD, Revista de Medicina, N° 10 Dic.2004, IMSS
4. Allport, G. W. (1970) PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD. Ed. Paidos, Buenos Aires.
5. Alpízar S. M. (2001) GUIA PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE DIABETICO. Ed. El Manual Moderno, México D., F. Clasif. RC660 A5U
6. American Diabetes Asociación, (2004) DIAGNOSIS AND CLASIFICACION OF DIABETES MELLITUS, en *Diabetes Care*, Vol. 27, suplemento 1, enero de 2004.
7. Asociación Médica del American British Cowdray Hospital. A. C. (2002) No 3, Vol. 9 Julio-Septiembre, Médica Sur, México.
8. Beaser, R.(1995) MANUAL JOSLIN "UN PROGRAMA PARA EL MANEJO DE SU TRATAMIENTO" Ed. Simón y Schuster, Aguilar, Argentina.
9. Brandon Linda y Feist Jess (2001) PSICOLOGÍA DE LA SALUD Ed. Paraninfo Thomson Learning , España.
10. Carballido Vieyra Jeanet, (2003) CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CRÓNICOS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO. Tesis Para obtener el grado en Lic. En Psicología, UNAM, México. D. F.
11. Carver, (1997) TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Ed. Prentice Hall Hispanoamericano, México.
12. Coolican H. (2005 ) METODOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA EN PSICOLOGÍA, Ed. Manuel Moderno
13. Cloninger, S.C. (2003) TEORIAS DE LA PERSONALIDAD Ed. Pearson Educación, México.

14. De Santiago M. (1992) DIABETES MELLITUS “ EN LA PRACTICA MEDICA” Tomo I , Ed. Grupo Aran, España.
15. Dorsch, F. (1976) DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Ed. Herder, Barcelona.
16. Duran G. L. I. (1997) EL DIABETICO OPTIMISTA” MANUAL PARA DIABETICOS, FAMILIARES Y PROFESIONALES DE LA SALUD” Ed. Trillas, México.
17. Duran Varela Blanca Rosa, Rivera Chavira Blanca y Franco Gallegos Ernesto (2001) “APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITIS TIPÓ 2”, en *Salud Publica México* 2001; vol. 43, nº 3 pags. 233 a la 236.
18. Eli Lilly and Company (1985) DIABETES MELLITUS “CONCEPTOS MODERNOS Y SU TRATAMIENTO” Laboratorios de Tratamiento e Investigación.
19. ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. (1998) Ed. Océano, Tomo II, Barcelona, España.
20. Microsoft Encarta 2007. 1993-2006 Microsoft Corporation.
21. Feldman, R. S. (2002) INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. Ed Mac Graw Hill, México.
22. Figuerola D. (1990) DIABETES . Ed. Salvat, Barcelona.
23. Fonseca y Chargoy (2002) JUGANDO EN SERIO CON LA DIABETES. Ed. Manual Moderno, México.
24. Frank B. Hu, Joann E. Manson, Meir J. Stampfer, Graham Colditz, Simin Liu, Caren Solomon y Wwalter C. Willett. (2001) DIET, LIFESTYLE AND RISK OF DIABETES MELLITUS IN WOMEN, en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 345 no. 11, Septiembre 13,2001.
25. Gaitán G. L (1998) NUEVO LIBRO COMPLETO DE LA DIABETES “MANUAL PARA EL ENFERMO Y SUS FAMILIARES” Ed. Diana, México.
26. Gehling, E. (2000) THE FAMILY AND FRIENDS: GUIDE TO DIABETES EVERGTHING YUO NEED TO KNAU. New York Wiley.
27. Goldman H. H. (2001) PSIQUIATRIA GENERAL. Ed. Manual Moderno, México.

28. Gutiérrez Teresa, Raich Rosa Maria, Sánchez David, Deus Joan (2003) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD, Ed Alianza Psicología y Educación, España.
29. Hernández, S. R. (1994) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. Ed. McGraw – Hill, Colombia.
30. Instituto Mexicano del Seguro Social (1999) PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, México.
31. Islas A. S. y Cols.(1999) DIABETES MELLITUS. Ed. McGraw – Hill Internacional, México.
32. Klein Samuel, Sheard Nancy F., Pi Sunyer Xavier, Daly Anne, Wylie Rosett Judith, kulkarni Karmeen y G. Clark Nathaniel. (2004) WHEIGHT MANAGEMENT TROUGHT LIFESTYLE MODIFICATION FOR THE PREVENTIÓN AND MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES:RATIONALE AND ESTRATEGIES. En Diabetres Care, Vol 27, Num. 8, agosto 2004.
33. Latorre, P. J. y Beneit, M. P. (1992) PSICOLOGIA DE LA SALUD. Ed. Lumen, Argentina.
34. Lerman G. I. (1998) ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DIABETICO. Ed. McGraw – Hill Interamericana, México D. F.
35. Libertad Martín Alfonso, (2006) REPERCUSIONES PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEFICIENTE, en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol 23, no 3. Escuela Nacional de Salud Pública.
36. Liebert, R. M. (1984) PSICOLOGIA GENERAL. Ed. Limusa, México.
37. Lobato, V. X. M.(2002) ADHERENCIA TERAPEUTICA Y BIENESTAR DEL PACIENTE DIABETICO: MEDICIÓN Y MEJORAMIENTO, TESIS QUE PARA OBTENER LA LICENCIATRU A EN PSICOLOGIA, MÉXICO D.F.
38. López C.J.M., Ariza , A. C. R., Rodriguez ,M.J.R. y Munguia, M. C.(2003) CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR ELESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. *Salud Publica de Mexico* v.45 n-4 julio, agosto. México.
39. Martinez V. V. y Salcedo A. F. (1997) NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO II. Ed Universidad de Castilla, la Mancha y de Química farmec, España.

40. Meichembaum D. (1991) COMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS: GUIA PRACTICA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Ed. Bilbao
41. Mitchell D. (1999) LA DIABETES. Ed. Océano, España.
42. Mondragón, (2004) A TU SALUD, IMSS.
43. Morales Calatayud Francisco (1999) INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, Ed. Paidós Tramas Sociales, Cuba.
44. Oblitas Luis A. (2004) PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA, Ed. Thomson Internacional, México.
45. Pardo Huerta Carlos (2000) ¿DIABÉTICO? CONOCE TU ENFERMEDAD. Ed. Trillas, México.
46. Pervin L.. A.. (1998) LA CIENCIA DE LA PERSONALIDAD, Ed. Mac Graw Hill, España.
47. Pervin L.. A.. (1999) PERSONALIDAD: TEORIA E INVESTIGACIÓN, Ed. Manual Moderno, México D. F.
48. Polaino A. y Cols (2000) LA DIABETES, Ed. Martínez Roca, Barcelona.
49. Programa Nacional de Reforma del Sector Salud, (2000).
50. Puente S. G. (1984) ADHERENCIA TERAPEUTICA "IMPLICACIONES PARA MEXICO" Ed. Puente – Silva, México.
51. Roales Nieto, J. G. (1990) PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES. Barcelona, España.
52. Robles S. L. (1991) LA DIABETES Y SU MANEJO. Ed. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
53. Tapia, C. R., Velázquez, M. O., Lara, E. A., Vera, H.H., Sánchez, M. J. C. y Jiménez, R. A. (2001) GUI TECNICA PARA CAPACITAR AL PACIENTE CON DIABETES. Secretaria de Salud. México.
54. Schechter Clyde B. y Walker Elizabeth A., (2002) IMPROVING ADHERENCE TO DIABETES SELF-MANAGEMENT RECOMMENDATIONS, en *Diabetes Spectrum*, Vol 15, NUM 3, 2002.

55. Schultz, D. P. (2002) TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Ed. Thompson
56. Secretaria de Salud, (2005) PRESENTACIÓN SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MÉXICO Y AMERICA LATINA, Dirección General de Epidemiología, México, D., F.
57. Secretaria de Salud, (2006) Revista UNIVERSO DE SALUD vol. 4 año 4 n° 26 pags. 12 a la 21.
58. Slaikeu, A. K. (1988) INTERVENCIÓN EN CRISIS “MANUAL PARA PRACTICA E INVESTIGACIÓN”. Ed. El Manual Moderno, MÉXICO.
59. Villegas Hernández Maria Enedina y Varela Domínguez R. compiladores (1991) INVENTARIO EN LA PERSONALIDAD ANALISIS DEL TEMPETAMENTO TAYLOR – JOHNSON. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología UNAM.
60. Welch Garry and Guthrie Diana W. SUPPORTING LIFESTYLE CHANGE WUITH A COMPUTERIZED PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT TOOL, (2002) en *Diabetes Spectrum*, Vol. 15 Num 3, 2002.
61. Zarate (1977) INTRODUCCIONA LA ENDOCRINOLOGIA. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México.

