



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
DIABÉTICOS**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
María Isabel Hernández Martínez

Directora: Dra. **Laura Evelia Torres Velázquez**
Dictaminadores: Lic. **Adriana Guadalupe Reyes Luna**
Lic. **Adriana Garrido Garduño**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Marzo 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A mis padres que con trabajo, lucha y esfuerzo han tratado de cumplir su anhelo de verme crecer, desarrollarme profesionalmente y ser una persona de bien. Para ustedes todo mi respeto, admiración y eterno agradecimiento. Los amo.

A mis hermanos Alejandro, Gabriel, Laura y Gerardo, que con su ejemplo me han mostrado el camino de la vida y me enseñan nuevas cosas día a día. Esperando así mismo, ser un ejemplo digno de tomar en cuenta para mi hermano menor, en quien espero la realización de sus objetivos y el alcance de sus sueños, siempre conservando esa calidez de su persona.

A Elí que me ha apoyado en los momentos buenos y me ha alentado a seguir en los momentos malos; gracias por este tiempo de compañía y amor, gracias por ser parte de mi vida.

A mis buenos amigos Ricardo (Taylor), Christian (Lulú), Omar, Jesús y a mi Ofis linda, quienes me han motivado y han creído en mí en todo momento. Los quiero, gracias por tal lindos recuerdos.

A la doctora Laura Evelia Torres que con su apoyo y dirección me guió en la realización de este trabajo que significa la culminación de un gran proyecto en mi vida.

A las licenciadas Adriana Reyes y Adriana Garrido por sus pertinentes, acertadas y muy valiosas observaciones que han realizado a este trabajo.

**LO QUE DECEAS
IRREMEDIABLEMENTE SUCEDE...
POR QUE LA VIDA ES UN CAMINO
DE OBJETIVOS Y LOGROS.**

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
1.-DIABETES.....	5
1.1.- Cambios fisiológicos que trae consigo la diabetes.....	10
1.2.- Procedimientos para la medición de glucosa.....	12
1.3. -Aspectos psicológicos de la enfermedad.....	13
1.4. -Repercusiones financieras en el sector salud.....	16
2.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	19
- Reacciones emocionales.....	31
3.- LA FAMILIA.....	35
3.1-Tipos de familias.....	36
3.2-Etapas de la familia.....	38
3.3-Elementos característicos de la estructura familiar.....	40
4.-EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD.....	44
5.- LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: RESULTADO DE UNA CONSTRUCCIÓN PERSONAL.....	53
CONCLUSIÓN.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	68

RESUMEN

Las enfermedades crónico-degenerativas nos han sobrepasado en la actualidad ya que ha aumentado el índice de personas que las padecen de manera alarmante, siendo prioritaria la búsqueda de diversas formas y métodos para la reducción de la aparición de nuevos casos. Una forma de controlar la enfermedad una vez diagnosticada es tener una adherencia terapéutica la cual se refiere al apego que el paciente tiene para seguir sus tratamientos, en dónde éste tiene el papel más importante, el de seguir las recomendaciones médicas, sin ser visto como sinónimo de obediencia, sino más bien ejercer un rol activo en cuanto a su salud, donde el profesional de la salud le de recomendaciones que le ayuden a alcanzar su objetivo de controlar la enfermedad.

La diabetes inadecuadamente controlada puede traer consigo múltiples complicaciones que van empeorando la salud y la calidad de vida de la persona que la padece. Los hábitos y costumbres son un factor importante en la manera de controlar su padecimiento sin embargo, la ideología y la construcción del significado de la enfermedad son un factor de suma importancia ya que estos determinan la manera de responder ante la problemática de salud en cada individuo. Así mismo, la tarea de un trabajo preventivo se ha convertido en una necesidad prioritaria de contención de la diabetes; los estilos de vida, el apego a los tratamientos, la construcción del significado de la enfermedad y la manera de enfrentarla son parte de la ideología de cada persona, la cual está sumergida en ideologías y prácticas culturales, dónde la familia es la mayor fuerza influyente, gracias al papel que conforma, como grupo primario que proporciona la transmisión de conocimientos y prácticas.

Por lo tanto, la familia resulta ser la mayor apuesta para revertir la problemática actual de la diabetes, por medio del fomento de estilos de vida saludables desde la infancia, el fomento de un papel activo en el cuidado de nuestra salud, en la utilización de los servicios de salud como medios preventivos y no sólo limitándose a acudir en estados de enfermedad, de promover una cultura de adherencia terapéutica y conductas saludables.

INTRODUCCIÓN

El control de las enfermedades infecciosas a traído consigo una reducción de la mortalidad de este tipo, sin embargo este aumento en la expectativa de vida ha sido caracterizado por la aparición de la frecuente incidencia de otras enfermedades de tipo crónico. La enfermedad crónica se caracteriza por estados de enfermedad a los que no se les conoce una curación de modo definitivo que erradique con todos los problemas que dicho padecimiento conlleva.

La población se ha adecuado a estas nuevas formas de vida, sin embargo es muy difícil que haya una cultura de cuidado hacia la salud antes de la aparición de la enfermedad por lo que se han creado diversas acciones, en el ámbito de la salud, para concientizar a la población de la necesidad existente en cuanto a la prevención del estado de enfermedad y promoción de una vida con el mayor estado de salud posible.

El aumento en la incidencia de enfermedades crónicas ha hecho surgir la necesidad del desarrollo de programas específicos para prevenir que sigan presentándose estas enfermedades por falta de atención y de cuidados que pueden evitar o postergar su aparición, así como tratar de mantenerla controlada una vez que ha sido diagnosticada y brindarle a la persona la mejor calidad de vida que se pueda, con los cuidados necesarios y la atención médica que se requiera. Por ejemplo, según datos del INEGI del 2006, la diabetes ocupa el segundo lugar en las principales causas de mortalidad en México. En el caso de los infantes (5 a 14 años), el INEGI ha mostrado que ocupa el lugar 16 de las principales causas de muertes, con tendencia ascendente de forma alarmante.

La aparición de la diabetes mellitus como enfermedad crónica ha incrementado de manera notable en los últimos tiempos, dicha enfermedad puede desarrollarse debido a múltiples agentes; hay que tomar en cuenta que es necesario que existan dos factores específicos, por un lado se encuentra el factor hereditario donde se hace más fuerte el riesgo cuando tienen antecedentes de dicha enfermedad y por otro lado se encuentra el factor desencadenante, el cual implica

un esfuerzo excesivo a nivel fisiológico. Ambos factores, en conjunto, hacen más propensa la aparición de la enfermedad; entre los factores determinantes más significativos se encuentran la obesidad, las tensiones emocionales agudas, el alcoholismo o la drogodependencia, intervenciones quirúrgicas, tratamiento de algún problema físico, etc. (Aguilar, 1990).

Otro factor de suma relevancia en el mantenimiento de las condiciones de salud es la adherencia que el paciente asume con respecto a su tratamiento, por lo que existe un gran interés en la manera en la que los pacientes puedan asumir un papel activo, en el que se responsabilicen de la utilización más provechosa del tratamiento brindado por los profesionales. Así mismo, la persona con diabetes tiene que estar en constante relación con el ámbito hospitalario para tratar su padecimiento, esto conlleva a un gasto económico considerable que tiene que cubrir el sector salud. Sin embargo el financiamiento asciende aún más cuando los pacientes no llevan a cabo los tratamientos como han sido indicados ya que se vuelven más vulnerables a complicaciones que tienen que ser tratadas de urgencias, provocando un mayor requerimiento del personal de salud y un aumento económico. Meichenbaum y Turk (1991) han realizado un arduo trabajo investigativo acerca de los factores que influyen en los modos de adhesión a los tratamientos que el profesional de la salud recomienda seguir al enfermo, sin embargo este fenómeno de la adherencia no puede ser generalizable debido a que cada persona en particular tiene sus propias formas de enfrentar la enfermedad.

Por eso mismo, es de gran relevancia tomar en cuenta otros factores que influyen en las experiencias de los individuos, que tienen un papel muy importante en su manera de actuar; tal es el caso de la familia, la cual sirve de apoyo en el seguimiento del cuidado de las enfermedades, ya que son quienes cuidan a los enfermos y le procuran un mayor bienestar. Juárez (2001) ha estudiado el importante papel que juega la familia cuando un integrante padece alguna enfermedad crónica como la diabetes, además ha propuesto mejoras en la calidad de vida de las personas diabéticas y ha considerado la necesidad de prevenir complicaciones como resultado del mal seguimiento de los tratamientos.

Por lo tanto, en el primer capítulo de este trabajo, se abordará la diabetes como enfermedad desde un enfoque médico, los cambios fisiológicos que la persona enfrenta una vez que va evolucionando la enfermedad, los aspectos psicológicos que aparecen cuando se les diagnostica una enfermedad crónica, la manera en la que se enfrentan a ella y las implicaciones financieras que están vinculadas con el cuidado y la atención médica de la diabetes.

En el segundo apartado se revisarán qué es la adherencia terapéutica, cómo se manifiesta la falta de ella y sus repercusiones en la salud de las personas que no siguen con los tratamientos. Se determinarán las principales variables que están vinculadas con la adhesión y datos estadísticos que permitan comprender la magnitud de la problemática, así como la contribución del profesional de la salud en dicha problemática.

En el tercer capítulo se establecen los conceptos básicos sobre el tema de la familia, se abordan los tipos de familia que existen, las etapas de desarrollo por las que pasan, así como los elementos existentes de manera inherente, los cuales permiten el mantenimiento y desarrollo de dicho grupo primario (límites, jerarquías, roles, alianzas, modos de relación entre sus integrantes, la comunicación y los modos de mantener el control). Estas bases teóricas ayudarán a comprender las diversas formas de reaccionar ante problemáticas que ponen en desequilibrio la estructura familiar, tales como la enfermedad.

En el capítulo cuatro se abordará del papel que la familia tiene en la construcción del significado de la enfermedad de cada individuo inmerso en ella, donde se es totalmente dependiente los primeros años de vida y dónde se adquieren los primeros aprendizajes, los conocimientos elementales para la vida y la socialización. Además se estudiará cómo a través de la práctica de los adultos se transfieren costumbres, creencias y modos de actuar que van caracterizando al individuo y que van determinando sus formas de asumir y enfrentar situaciones las enfermedades.

En el último capítulo se verá cómo las bases que la familia le ha brindado a cada individuo son susceptibles a cambios o fusiones con otros conocimientos que se van adhiriendo con el paso del tiempo en la vida y la experiencia personal. Se analizará cómo los conocimientos heredados no son definitivos sino que constantemente están evolucionando y se considerará el papel del profesional de la salud, así como las capacidades para intervenir y promover un cambio de costumbres e ideologías malsanas que impidan una óptima adherencia a los tratamientos. Por último se llegará a una conclusión, basada en toda la información revisada a lo largo del trabajo; se realizará una propuesta con relación a la mejora en la calidad de vida de la población mexicana.

En la bibliografía consultada no se ha encontrado una propuesta o algún trabajo investigativo sobre la prevención de la diabetes desde la familia, sino que parten desde que ha sido diagnosticada la persona y de los cambios que han de asumirse como resultado de la incorporación de la enfermedad a sus vidas. Por eso mismo, los objetivos de este trabajo son comprender la importancia de la diabetes como enfermedad crónica y con incremento en su incidencia; analizar las variables que permitan una mayor adhesión a los tratamientos; y analizar la importancia de la familia en la manera de enfrentar las enfermedades a lo largo de la vida de la persona; lo que nos permita proponer modos de prevención de la enfermedad a través de estilos más saludables de vida y crianza, que sean incorporados desde la estructura familiar, en busca de la disminución de incidencia de enfermedades crónicas tales como la diabetes.

La diabetes se ha convertido en un problema de salud de gran relevancia, que va en aumento y que representa costos a nivel psicológico, social y económico por lo que resulta importante comprender este fenómeno que se acrecienta en la población mexicana con gran rapidez; para ello, es importante empezar con una revisión de los fundamentos de lo que conforma dicha enfermedad desde un enfoque médico. A continuación, en el primer capítulo, se describen sus principales características, modos de tratamiento y control, así como sus repercusiones en la salud.

CAPÍTULO 1

DIABÉTES

En la actualidad ha bajado el índice de enfermedades de tipo infeccioso debido al control médico y la atención que se le ha prestado como un problema en la sociedad, necesario de manejar. El control de las enfermedades infecciosas ha traído consigo una reducción de la mortalidad, sin embargo este aumento en la expectativa de vida ha sido caracterizado por la aparición de la frecuente incidencia de otras enfermedades de tipo crónico.

Las enfermedades y su incidencia han ido evolucionando; siendo la enfermedad crónica uno de los problemas actuales que más frecuentemente se encuentra presente en la población en general. En este mismo sentido, la atención como resultado de los diferentes modos en los que se desarrolla la enfermedad y se trata, también ha cambiado, ahora tenemos que el enfermo crónico tiende a ser tratado en el servicio médico solo en casos de urgencia, siendo remitidos a clínicas donde se les brinda la atención primaria, encargándose de hacer las revisiones correspondientes y mantener las dosis farmacológicas recomendadas, para posteriormente, recibir los cuidados y tratamientos en sus casas (Buendía, 1999).

La enfermedad crónica se caracteriza por estados a los que no se les conoce una curación de modo definitivo que erradique todos los problemas que dicho padecimiento conlleva; en este tipo de enfermedad el criterio de éxito terapéutico no es la desaparición de dicha problemática de salud y el regreso al bienestar que el enfermo tenía antes de su aparición, sino más bien, se reduce a lo que Buendía (1999) menciona como “el logro de <tratamientos paliativos> que mantengan al enfermo en un estado funcional lo más cercano posible al óptimo a sabiendas de que eso depende de la ingestión sistemática de uno o más productos (todos ellos con efectos secundarios y/o no previstos y que se notan a corto o medio plazo), hasta el punto de que se produce una dependencia de esos productos por parte de la persona enferma” (Pág. 140). Aún cuando este autor nos menciona que

existe una búsqueda de la eliminación de los síntomas existentes a raíz de la incorporación de la enfermedad crónica a la vida de la persona, mediante el uso de medicamentos de manera sistemática, también reconoce que existen otros objetivos en los tratamientos, como son los que se dirigen a la erradicación total del problema, mediante ciertas técnicas quirúrgicas que de acuerdo a los pacientes y a la enfermedad puedan ser posibles de llevar a cabo; en otros casos, existe la aplicación de tratamientos paliativos de mantenimiento que impiden el avance de ésta lo más que se pueda.

Entre las enfermedades crónicas que más se destacan por un tratamiento con el objetivo de la contención de sus complicaciones, sobresale la diabetes ya que en la actualidad ha aumentado su tasa de incidencia alarmantemente, sin respetar siquiera la edad, ya que se presentan cada vez más frecuentemente casos de diabetes infantil y juvenil.

La primera reseña histórica que se tiene identificada acerca de los síntomas de la enfermedad de la diabetes mellitus se remonta al Papiro de Ebers (1500 a. c.) dónde habla acerca de orinar con frecuencia; Sushruth (400 a. c.) hace mención de la orina “con sabor a miel” en personas que tomaban mucho líquido, orinaban con frecuencia y perdían peso; Areteo (siglo II a. c.) bautizó esta enfermedad con el nombre de diabetes que significa “correr a través” o “atravesar”; y más tarde Rollo y Frank (siglo XVII) le añadieron el calificativo “mellitus” que significa “dulce como la miel” (Sanmartí, Lucas y Salinas, 1991).

La diabetes según Brito (2004c) es “un conjunto de trastornos que se caracterizan por intolerancia a la glucosa. Las manifestaciones más importantes abarcan alteraciones del metabolismo de la insulina, de los hidratos de carbono, de las grasas y de las proteínas, así como de las alteraciones de la estructura y de la función de los vasos sanguíneos y de los nervios” (Pág. 14). De acuerdo a la clasificación que esta autora menciona en relación a la diabetes mellitus se encuentran la diabetes mellitus de tipo I, que se presenta en cualquier edad por lo que se le conoce como diabetes juvenil, la cual se caracteriza por la dependencia del tratamiento insulínico de por vida; y la diabetes mellitus tipo II, o también

conocida como diabetes del adulto (representa el 90% de todos los diabéticos), no es insulino dependiente y se presenta aproximadamente después de los 40 años de edad, siendo en la mayoría de los casos, en población que presenta obesidad.

En relación a lo que nos comentan Fernández y Pérez (1996), otros grupos de riesgo son aquellos que tienen un historial familiar altamente positivo de diabetes, las mujeres con abortos muy frecuentes o morbilidad perinatal y, en general, las embarazadas entre las 24-28 semanas de gestación.

La incidencia de la diabetes mellitus es desconocida ya que los datos que se tienen no son precisos debido a que muchas personas que ya la padecen aún no lo saben y no han sido diagnosticadas, según Sanmartí, Lucas y Salinas (1991), existen en el mundo 30,000,000 de diabéticos diagnosticados, y hay uno o dos personas que aún no saben que tienen dicha enfermedad por uno que sí lo sabe.

La incidencia anual y global de la diabetes mellitus es de aproximadamente 270 casos por 100,000 habitantes. Más de 40 mexicanos mueren a causa de dicha enfermedad y por lo menos 8 millones de mexicanos tienen diabetes (León del Villar, 2001).

Si bien, los datos acerca del lugar que ocupa la diabetes como causa de muerte es difícil de revelar ya que hay muchas más muertes que las indicadas, debido a defunciones resultantes de complicaciones de esta enfermedad que no son registradas como tal. Según datos del INEGI del 2006, dicha enfermedad ocupa el segundo lugar de las principales causas de mortalidad en México. En el año 2005 se encontraba en el tercer lugar de las principales causas de mortalidad en hombres y en el año 2006 se ubicó en la segunda causa. En el caso de los infantes (5 a 14 años), el INEGI nos mostró que en el año 2005, la diabetes Mellitus se encontraba en el lugar veinte de las principales causas de muerte y, en el 2006 ya se ubicaba en el lugar 16, mostrándose de manera ascendente (ver tabla 1).

TABLA 1.-LUGAR QUE OCUPA LA DIABETES MELLITUS ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN MEXICANA		
	Año 2005 (orden según el índice de mortalidad)	Año 2006 (orden según el índice de mortalidad)
Población total	2	2
hombres	3	2
mujeres	2	2
Niños (5 a 14 años)	20	16

TABLA 1.- Lugar que ocupa la diabetes mellitus en causas de muerte en México durante el año 2005 y 2006 (Datos tomados del INEGI).

Según Sanmartí, Lucas y Salinas (1991), uno de cada seis diabéticos tienen insuficiencia renal, siendo esta enfermedad contribuyente a la muerte prematura de un 50% de quienes padecen diabetes mellitus tipo I; existen alteraciones en la visión en más del 10% de enfermos con 20 o más años de padecer diabetes y el riesgo de ceguera es 10 veces mayor a quienes no son diabéticos; 50% de las amputaciones no traumáticas que se realizan son a pacientes diabéticos; es 2 o 3 veces más posible que se presente enfermedad coronaria en pacientes diabéticos que en quienes no lo padecen, causando entre el 30 y 50% de las causas de muertes que ocurren en diabéticos.

Retomando a Aguilar (1990) partimos de la concepción que para que se desarrolle la diabetes mellitus es necesario que existan dos factores específicos, por un lado se encuentra el factor hereditario donde se hace más fuerte el riesgo cuando ambos padres han tenido antecedentes de dicha enfermedad y por el otro lado se encuentra el factor desencadenante, el cual implica un esfuerzo excesivo a nivel fisiológico como puede ser una tensión, una respuesta ante algún evento estresante o una situación que altere al individuo a nivel fisiológico o emocional.

Ambos factores, en conjunto, hacen más propensa la aparición de la enfermedad; entre los factores determinantes más significativos se encuentran la obesidad, las tensiones emocionales agudas, el alcoholismo o la drogodependencia, intervenciones quirúrgicas, tratamiento de algún problema físico, etc. En general, lo esperado es que la persona pueda disminuir en la mayor proporción posible el riesgo de que aparezca la enfermedad o en su defecto, retrasarla en lo mayor posible.

La diabetes consiste, en términos generales en una disminución de la producción de insulina siendo innecesaria para cubrir con el mantenimiento apropiado de los niveles normales de glucosa sanguínea por lo que hay un exceso que resulta imposible de abastecer para la eliminación que el riñón realiza por medio de la orina. Las características más comunes de la diabetes son sentir la boca seca, tener sed, orinar en demasía, sentir cansancio, dolor de estómago, náuseas, vista borrosa y la pérdida de peso (León del Villar, 2001).

La persona diabética que no tiene la suficiente insulina necesaria para equilibrar el exceso de glucosa existente en la sangre propicia niveles más elevados de lo normal, conociéndose este fenómeno como hiperglucemia. En caso contrario, ya sea por exceso de abastecimiento de insulina, cambios metabólicos que afecten al organismo o por falta de ingesta de alimentos, los niveles de glucosa bajan en demasía; tal condición se conoce como hipoglucemia. Cuando sucede una baja excesiva de la glucosa se manifiestan diferentes síntomas que están relacionados con la gravedad del problema y son reflejo de la falta de suministro de glucosa en el cerebro, ya que ésta es la principal energía con la que cuenta para su funcionamiento. Los principales síntomas son somnolencia, sudoración fría, temblor, pérdida de conciencia, movimientos torpes, hiperrespuesta al dolor, desviación ocular, dificultad para realizar operaciones mentales simples y en estados más severos se puede llegar a un coma profundo (Brito, 2004c). Dicha condición es muy peligrosa para la salud ya que implica un gran riesgo, por lo que resulta de gran importancia que la persona con hipoglucemia sea atendida de inmediato para evitar posibles daños.

Por otro lado, es importante hacer una breve especificación respecto a lo que se le conoce habitualmente como complicaciones de la diabetes ya que si bien, se identifican por complicaciones a la retinopatía diabética, la gangrena diabética, el riñón diabético y la modificación del sistema circulatorio, entre otros, cabe la aclaración que mas que inconvenientes son componentes de la misma enfermedad ya que al adquirirla hay un cambio general en la estructura del cuerpo que sin embargo resultan imperceptibles en primer momento (Aguilar, 1990).

1.1.- Cambios fisiológicos que trae consigo la diabetes

Es de gran relevancia hacer énfasis en la descripción, de acuerdo a lo que Aguilar (1990) plantea como características de los principales componentes de la diabetes mellitus. Si bien, el corazón es la bomba encargada de arrojar con suficiente fuerza la sangre para que llegue a todo el cuerpo, a través de su arteria principal (la arteria aorta) las arteriolas y los capilares que son ramificaciones de las arteriolas, con un grosor diminuto que les permite llegar a los lugares más lejanos y estrechos del cuerpo, haciendo llegar oxígeno y nutrientes hasta ahí. Estas arterias están cubiertas por dentro, por una capa que aumenta su grosor cuando se padece diabetes; como resultado tenemos que el espacio o calibre que existe para que se traslade la sangre se disminuye progresivamente hasta dificultarse cada vez más en aquellos conductos que se encuentran más estrechos y alejados ya que la sangre no llega con tanta fuerza o impulso. Llega a un punto en el que el engrosamiento obstruye el paso y se forman coágulos diminutos que no permite que llegue la sangre a los tejidos; como remedio temporal se abren caminos alternos pero sin embargo tendrán el mismo destino; esto se da principalmente en las ramificaciones más delgadas que son los capilares, dando como resultado una insuficiencia a nivel circulatorio.

En el caso de la gangrena diabética se pueden encontrar dos tipos diferentes que son la gangrena seca, en donde los tejidos se secan o momifican adquiriendo color pálido u oscuro; y la gangrena húmeda que es derivada de una infección de los tejidos, presentándose pus y olor desagradable.

En el caso particular de la gangrena seca, descrita anteriormente, se guarda una estrecha relación consecucional con el componente de la insuficiencia circulatoria ya que en los miembros inferiores es principalmente donde primero se presenta la dificultad para que el oxígeno y nutrientes que se transportan por medio de la sangre lleguen, a consecuencia del engrosamiento y obstrucción de las arterias y sus derivadas ramificaciones. Las principales molestias presentes son la pérdida de sensibilidad, temperatura más fría en esa área, calambres, punzadas o lancetazos, dolor, etc. En el caso de cualquier tipo de gangrena es necesario recurrir a la amputación, tomando en cuenta que la parte afectada es más profunda de lo que se pueda observar superficialmente ya que hace daño a los tejidos en forma de cono por lo que tienen que cortar aún más de lo percibido como dañado.

La retinopatía diabética es otra de las afectaciones de la enfermedad la cual está vinculada también con la insuficiencia circulatoria ya que dentro del ojo también hay gran cantidad de ramificaciones de arterias capilares dentro del nervio óptico que se entrecruzan con venas de diminuto tamaño; las venas más diminutas sufren abultamientos por la complicación del paso de sangre y salen de estas, formando coágulos alrededor de la retina y dentro de las mismas ramificaciones haciendo más difícil la circulación de la sangre.

Por otro lado, otro daño que provoca la enfermedad es el riñón diabético; si se parte de la idea que este órgano tiene las funciones de desechar los residuos o las sustancias derivadas del funcionamiento metabólico, la concentración y desecho de líquidos corporales, podemos entender que en la persona con diabetes mellitus este funcionamiento se dificulta por el endurecimiento de las arterias que impiden un buen abasto de sangre que se utiliza para transportar dichas sustancias entre las cuales hay una filtración importante que delimita cuales son desechadas y cuales otras son reincorporadas; esta insuficiencia como resultado del deficiente aporte de sangre para el filtro renal provoca que haya retención de líquidos y sustancias que deben de excretarse normalmente, a la vez que se terminan desechando sustancias que deberían permanecer en el cuerpo, produciendo poca orina. La retención de agua puede producir en la

persona, problemas de hipertensión arterial como resultado de la conservación de dicha sustancia relacionada (renina).

Así mismo, la diabetes también afecta la piel de quien padece dicha enfermedad, reseca, debido a los niveles de glucosa altos en el cuerpo que provocan la pérdida de agua, causando comezón y agrietamientos que la hacen más vulnerable a infecciones debido a la posible entrada de microbios en estas fisuras. También el daño a los nervios puede provocar una disminución en la sudoración, lo cual contribuye a una mayor sequedad (National Institutes of Health, 2009).

El cuidado que se le debe dar a la piel es muy importante, debe mantenerse limpia y seca; en el caso de los pies debe de secarse sin frotar con la toalla para evitar lesiones y deben evitarse rozaduras con zapatos incómodos (Aguilar, 1990).

1.2.- Procedimientos para la medición de glucosa

La persona con padecimiento diabético debe apoyarse en uno o varios procedimientos que le permitan obtener indicadores de cómo se encuentran sus niveles de glucosa para poder mantenerlos y/o restablecerlos en el caso de estar fuera de los límites establecidos como parámetros normales, es decir, que le sirvan como feedback para poder ejercer un control. Tomando en cuenta datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los valores de glucemia plasmática normales se encuentran entre 70 a 110 mg/dl, por debajo de 7.8 mmol/dl (140 mg/dl) descartan el diagnóstico de diabetes, siendo el valor de 11.1 mmol/dl (200 mg/dl) o niveles superiores a éste, después de haber pasado dos horas de la ingesta de glucosa el característico de la diabetes (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Martínez y Torres, 2007).

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998) entre las técnicas más utilizadas en la medición de la glucosa se encuentran la realizada de la orina, por medio del contacto de esta con tiras reactivas que indican la cantidad de glucosa elevada por medio del cambio de coloración (Glucosuria).

Otro método es la obtención de la medida de la glucosa a través de una gota de sangre que se obtiene punzando la yema de los dedos e introduciéndola en un aparato de medición que da la lectura de manera práctica y rápida (Glucemia).

La técnica más objetiva o recomendada para la medición de los niveles de glucosa es la hecha por medio del análisis sanguíneo, la cual es realizada en los laboratorios (Hemoglobina glucosilada), la cual permite obtener un índice de la cantidad de glucosa que hay en la sangre previa al análisis (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

1.3.- Aspectos psicológicos de la enfermedad

La diabetes, siendo una enfermedad sin soluciones definitivas, se limita a la búsqueda de la utilización de tratamientos paliativos que puedan mantener a la persona en un estado funcional y lo más óptimo posible, a través de cuidados y el seguimiento de medicamentos y recomendaciones prescritas (Buendía, 1999).

Por lo regular, las personas diabéticas son tratadas la mayor parte de su enfermedad por familiares dentro de su hogar; el paciente recién diagnosticado sufre una gran impresión y esta enfermedad significa, para él, una amenaza en cuanto a su salud, economía y estilo de vida, donde se presenta la incertidumbre sobre el porvenir. La persona que es diagnosticada con la enfermedad, por ejemplo, tiene creencias sobre lo que representa la cronicidad que caracteriza la diabetes, no sabe acerca de qué tan agresiva pueda resultar y por lo tanto qué tantas cosas de las que realizaba rutinariamente puede seguir haciendo y a que otras tendrá que renunciar. Por ejemplo en el trabajo no siempre es comprendida la nueva situación del enfermo crónico ni se le brinda el apoyo suficiente para poder atenderse tanto como es recomendable, ya que eso implica tener que faltar, en algunos casos, para asistir a consultas; el enfermo tiene que debatirse entre asistir a sus chequeos o a su trabajo, por lo que no resulta fácil.

Remitiéndonos a Latorre (1992), tenemos que la persona con una enfermedad crónica como la diabetes, se enfrenta a una demanda de adaptación que varía dependiendo de las diferentes fases de las que se constituye la enfermedad y de la etapa del ciclo vital por el que pasa; en este sentido, estas circunstancias le hacen valorar y requerir el apoyo de cierta ayuda social, en donde no necesariamente deben de incluir a los familiares ya que, en este sentido, las personas con dicha enfermedad pueden llegar a percibir el comportamiento de su familia, de una manera ineficaz, evitando alguna cercanía y evitando hablar de su padecimiento. Quienes padecen la diabetes mellitus pueden sentir que son una carga, por lo cual pueden negarse a pedir ayuda y preferir aislarse o descargar su angustia en aquellos que le brindan su apoyo, produciendo aspectos negativos en estas relaciones; también suele presentarse que al principio del diagnóstico de la enfermedad, existe un gran apoyo social, sin embargo después del paso del tiempo este va disminuyendo.

En general, cada persona toma el principio de su enfermedad de diversas formas, sin embargo comúnmente se presenta en ellos la negación de dicha situación, en donde se suele atribuir la responsabilidad de la aparición de la enfermedad a la familia, negando las implicaciones y la gravedad de la diabetes, recurriendo de manera más frecuente a los amigos que a los mismos familiares (Buendía, 1999).

Cuando la persona asume que padece una enfermedad de tipo crónico tiene implicaciones en el cambio de actitudes y situaciones que con anterioridad llevaba a cabo; implica un proceso de cambio en el que se pretende que el enfermo adquiera nuevos comportamientos, hábitos, cuidados físicos, un diferente desenvolvimiento en actividades sociales y aspectos psicológicos que beneficien el control de la enfermedad y en su ajuste psicosocial.

La manera en la que la persona reacciona a la enfermedad está, en cierta medida, determinada por el apoyo de las redes sociales a las que pertenezca, ya que aquellas personas que tienen mayores contactos sociales de manera agradable, son quienes reaccionan de modo más provechosa y tienden a ajustarse más rápidamente, sin tanta dificultad; por el contrario, en las personas

que tienen menor percepción de apoyo social, tenderán a deprimirse de manera más aguda y/o más frecuente (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

De acuerdo con Peralta (2003), la intervención orientada a la mejora de la adaptación a la enfermedad de la persona diabética debe tomar en cuenta al individuo psicológico, el entorno social, y el familiar; tomando en cuenta las atribuciones que el paciente tiene sobre la enfermedad, la ansiedad presentada y las estrategias de afrontamiento que él está utilizando.

Precisamente, una de las posibilidades que la psicología tiene como oportunidad es la de abrir brechas que vayan permitiendo la implementación de nuevos estilos de vida más saludables, depositándole a la persona la responsabilidad de asumir un papel activo que le permita aprovechar, en lo mayor posible, los tratamientos de manera que brinde la mayor efectividad posible. Si bien, quien padece la enfermedad crónica debe aprender a vivir con nuevas formas conductuales que le permitan mantener una mayor calidad de vida a través de un apego a los tratamientos que pueda dar a obtener éxitos en el control y mejora de la salud, sin embargo existen muchos otros casos en los que hay mayor agravamiento de la enfermedad por un mal control del padecimiento.

Actualmente nos encontramos con muchos casos en los que no hay un seguimiento adecuado de los tratamientos y múltiples factores psicológicos involucrados, ya que después del diagnóstico, el profesional se evoca a enseñarle al paciente diabético los aspectos fundamentales en el cuidado y mantenimiento del tratamiento, ya sea enseñándole la manera más apropiada para suministrarse insulina, dieta, ejercicio, entrenarlo en la identificación de la hipoglucemia y cuidados a nivel corporal, entre otros.

Sin embargo, es importante que se tomen en cuenta otros tipos de factores, además de los característicos de la enfermedad, tales como el estado de ánimo en el que se encuentra el enfermo, para identificar los pensamientos, emociones y sensaciones que han sido afectados y qué estados se encuentran presentes ya

que “con mayor frecuencia, el estado de ansiedad va asociado a la diabetes tipo I y el estado depresivo a la diabetes tipo II” (Peralta, 2003, pág.215). Si bien, es importante comprender a grandes rasgos los aspectos generales de la enfermedad a nivel fisiológico, también los aspectos psicológicos involucrados son determinantes en los cuidados que la persona tiene consigo mismo, ya que: “...la no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una no eficiente utilización de los servicios y un aumento innecesario del coste de los mismos” (León del Villar, pág. 45).

1.4. – Repercusiones financieras en el sector salud

Por otro lado, la persona con diabetes tiene que estar en constante relación con el ámbito hospitalario para tratar su padecimiento, esto conlleva a un gasto económico considerable que tiene que cubrir el sector salud. Sin embargo, el financiamiento asciende aún más cuando los pacientes no llevan a cabo los tratamientos como han sido indicados ya que se vuelven más vulnerables a complicaciones que tienen que ser tratadas de urgencias, provocando un mayor requerimiento del personal de salud y un aumento económico.

De acuerdo con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2006, se tiene considerado que el gasto médico requerido para el tratamiento de la diabetes mellitus en el año 2005 ascendió a 5,104 millones de pesos, equivalentes al 4.7 por ciento del gasto de los fondos designados para el SEM (Seguro de Enfermedades y Maternidad) en dicho año. Según el Programa de Administración de Riesgos del IMSS, se le ha dado seguimiento a seis enfermedades que son Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cáncer Cérvicouterino, Cáncer de Mama y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), debido a que estas enfermedades presentan los mayores índices de morbilidad y/o mortalidad, a la vez que reúnen una cantidad significativa de los recursos que el IMSS destina para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

La evaluación que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha realizado con relación a los gastos que generan enfermedades de alta mortalidad y morbilidad, como la diabetes mellitus, le ha permitido estimar el impacto financiero para dicha institución y generar proyecciones del gasto médico correspondientes a estos padecimientos para poder generar escenarios alternativos de prevención y tratamiento que permitan una mejora en la salud de los pacientes y a la vez, repercuta en el ahorro de los recursos destinados a la atención médico ambulatoria y de hospitalización. El IMSS prevé por medio de la proyección realizada en la Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2006, que la atención médica referente a la diabetes mellitus aumente con respecto al año 2005 de forma considerable por lo que dicha Institución de servicio público a nivel nacional, se ve afectada directamente proporcional a nivel financiero (ver tabla 2). De acuerdo a este estudio se ve un crecimiento proyectado en consultas, en diabéticos que recibirán tratamiento y casos que requerirán hospitalización que duplicarán en 2021 los niveles que tenían en 2005.

TABLA 2.

Proyección 2005-2025 del Gasto Médico Ambulatorio, Farmacológico y de Hospitalización para Diabetes Mellitus
Escenario Base de Tendencia
(cifras de gasto en miles de pesos de 2005)

Año	Consultas totales	Diabéticos con tratamiento	Casos de hospitalización	Gasto Ambulatorio	Gasto Farmacológico	Gasto Hospitalario	Gasto total de DM	Gasto en atención médica SEM	Gasto de DM respecto gasto SEM
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)=(5)+(6)+(7)	(9)	(10) = (8)/(9)
2005	8,066,616	638,953	35,663	3,829,451	534,767	739,622	5,103,839	109,391,607	4.67%
2010	10,306,508	810,730	44,266	5,317,611	755,923	1,024,036	7,097,570	116,898,197	6.07%
2015	13,050,952	1,018,049	54,605	7,496,733	1,057,488	1,409,195	9,963,416	126,886,904	7.85%
2020	16,364,136	1,265,313	67,048	10,465,781	1,464,232	1,930,183	13,860,196	138,378,788	10.02%
2025	20,119,679	1,544,159	81,432	14,329,169	1,990,717	2,615,377	18,935,262	149,177,973	12.69%

Fuente: Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2006. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales.

salud implementar escenarios alternativos en los que se puedan reducir gastos médicos sin que afecte en la calidad de la atención médica. El reto apunta en dirección a la disminución de incidencia de la diabetes y en la disminución de complicaciones en los pacientes ya diagnosticados, por lo que el área de

concentración de esfuerzos es a nivel de prevención y tratamiento de la enfermedad.

Con respecto al área de tratamiento es importante tener en cuenta que si se sigue al pie de la letra las recomendaciones del profesional de la salud se pueden evitar o retardar complicaciones derivadas de un inadecuado control de la enfermedad. Para obtener un mayor nivel de eficacia en los tratamientos es de suma importancia considerar la adherencia terapéutica, como lo veremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS

En el presente capítulo se abordará en qué consiste la adherencia terapéutica y cuales son aquellos factores que interfieren en ella, de modo que perjudica la optimización de las prescripciones médicas. El trabajo de la adherencia terapéutica no solo se limita a quien sigue este régimen sino también a nivel médico; buscando derrumbar aquellas barreras para la adherencia que provienen del ámbito médico. Una mayor adhesión beneficia tanto al paciente, a su familia, al médico y a los servicios sanitarios, como veremos más adelante.

El resultado del tratamiento que el paciente crónico obtiene, está determinado en gran medida por la manera en la que sigue las instrucciones e indicaciones médicas. De acuerdo con Latorre y Beneit (1992) “los pacientes que se adhieren a las instrucciones recibidas son contemplados como sujetos que están de acuerdo con un plan consensuadamente aceptado, en cuya elaboración han podido contribuir, o donde al menos han aceptado la importancia de realizar las acciones concretas que conforman dicho programa” (pág. 221).

La adherencia es diferente al cumplimiento que el paciente puede tener como respuesta de las indicaciones del profesional de la salud, siendo este último término comprendido como la obediencia de las instrucciones, connotando un rol pasivo por parte del paciente. Mientras que la adherencia o adhesión involucra un compromiso mutuo con el fin de producir un beneficio relacionado al resultado terapéutico buscado, siendo el paciente más activo e intencionado en la búsqueda de su bienestar (Meichenbaum y Turk, 1991). La adherencia al tratamiento que deben seguir los enfermos crónicos, no sólo se refieren al cumplimiento de las indicaciones llevadas a cabo por el profesional de la salud, sino que también implica asistir de manera frecuente y puntual a sus citas, no dejar y/o cambiar el tratamiento antes de lo debido, la disciplina para llevar a cabo las conductas preescritas y realizar tanto en tiempo como de manera adecuada dichos procedimientos y consejos.

La manera de no llevar a cabo un tratamiento puede ser de diversas formas; la falta de adherencia terapéutica no solo se refiere a la ausencia del seguimiento de las indicaciones dadas por el profesional de la salud con respecto al medicamento, sino también engloba las situaciones en las que el consumo del medicamento puede realizarlo de manera efectiva y sin embargo en otras actividades relacionadas no se da un seguimiento de las recomendaciones para obtener mayor bienestar en su salud, tales como el ejercicio o la falta de seguimiento de la dieta, por mencionar algunos.

La falta de adhesión no demuestra forzosamente conductas inadaptativas ya que, en algunos casos, puede mostrar un intento activo por parte del enfermo para establecer un control sobre los síntomas o la misma enfermedad (Latorre y Beneit, 1992). El caso anterior puede deberse al deseo por parte del enfermo de tener un papel activo en las decisiones del tratamiento, en busca del mejoramiento de su salud, aún cuando no tenga la certeza de que vaya a ser benéfico; sin embargo experimentan como por ejemplo, dejando de tomar las dosis recomendadas para evaluar y asegurarse de la eficacia del tratamiento. La adherencia es un compromiso que el paciente asume de manera activa y con el objetivo intencionado de obtener los mayores resultados que el tratamiento pueda alcanzar. La adhesión incluye conductas como:

1. Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.
4. Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida.
5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (Meichenbaum y Turk, 1991).

De acuerdo a Meichenbaum y Turk (1991) la incidencia de adhesión se encuentra entre un mínimo de 4% y el máximo alcanzado de 92%, sin embargo, las tasas más frecuentes de adhesión en la población se encuentran entre 30% y 60%. Los

pacientes no están acostumbrados a asistir a consultas preventivas para su salud, teniendo un porcentaje entre el 20 y 50% de personas que no asisten. De acuerdo con estos autores entre un 20% y un 60% de pacientes dejará de tomar la medicación prescrita antes de que se les diga; entre un 19% y un 74% no seguirá las instrucciones y un 25% y 60% se equivocará en la forma de seguir las instrucciones médicas y aplicaciones de los tratamientos. De manera particular se tiene estimado que los pacientes que tienen niveles más bajos de adherencia terapéutica son precisamente los que tienen alguna enfermedad crónica, como la diabetes mellitus, en la que no se observa un riesgo aparentemente visible por la falta de síntomas agudos, en las primeras etapas de su enfermedad. La falta de adherencia también está asociada, según estos autores, a la forma prolongada de medicación, del tratamiento y cuidados que deben de llevar a cabo, en general, siendo el 50% de los pacientes los que no se adhieren a este tipo de régimen que se tiene que llevar de por vida; teniendo registrada una tasa muy baja, donde solo cubre el 7% de los pacientes diabéticos que realmente llevan a cabo todos los pasos considerados en el cuidado adecuado y el control de su enfermedad.

En el caso de los diabéticos, la adherencia terapéutica se basa en la realización de la administración adecuada de su medicación, ya sea administrada de manera oral o inyectada; y la realización de otras conductas relevantes en su salud, tales como la dieta y el ejercicio.

Para el niño y el adolescente diabético es más difícil afrontar problemas de presión social, principalmente con sus pares y en relación a la alimentación, por lo que este es un factor importante en la falta del cumplimiento al tratamiento de este sector de la población, son los niños quienes presentan mayor adherencia al tratamiento que los adolescentes, en estos últimos debido a que muchas veces le dan mayor importancia a lo que sus pares opinen por lo que se les dificulta negarse a participar en actividades que van contra las prescripciones médicas (Orgilés, Espada y Méndez, 2003).

Las implicaciones de no seguir un régimen de tratamiento adecuado puede tener serias complicaciones en el paciente ya que, los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad, que la población en general, de padecer ceguera, 20 veces más posibilidad de padecer gangrena, 17 veces más vulnerables a tener nefropatías y 12 veces más posible que sufran de cardiopatías, como causa de un mal tratamiento de su enfermedad, lo cual impide el control de su salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

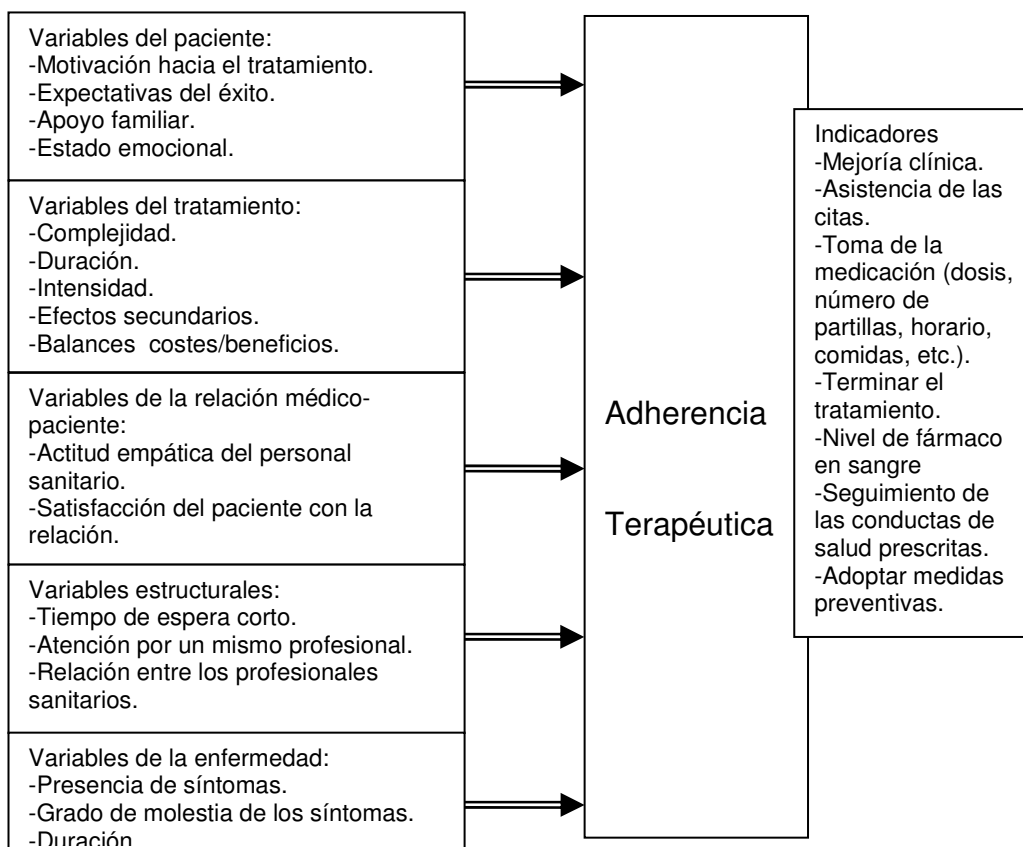
Por lo tanto, se debe tomar en cuenta, lo mencionado por Orgilés, Espada y Méndez (2003), recalcando la importancia de entender que: "...la eficacia del tratamiento depende en gran parte de la conducta del sujeto, puesto que un tratamiento eficaz deja de serlo si no se sigue adecuadamente. La falta de adhesión genera un mayor número de recaídas, de hospitalizaciones y de complicaciones que pueden suponer el fracaso terapéutico, con el consiguiente riesgo para la salud del paciente y su posterior malestar y falta de confianza en el personal sanitario" (pág. 73). Por otro lado, estos autores también hacen referencia al aumento significativo con relación a los costes económicos que el paciente tiene que asumir, ya que, al no seguir las indicaciones tendrá que volver a asistir a consultas posteriores y requerir que le proporcionen recetas con los medicamentos preescritos, etc.

Los factores que pueden tener una implicación en la manera en la que el enfermo pueda llevar a cabo su adhesión, hacerla de manera poco adecuada o fracasar en el intento de incorporarla en su estilo de vida, son muy variados y pueden estar implicados más de uno de estos en una misma situación; tantos que Haynes (citado en Meichenbaum y Turk, 1991) identificó más de doscientas diferentes razones o variables que tienen relación en la adhesión. El tratamiento en enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, implica otros retos de diferente índole ya que la adherencia, en este caso, no ayuda a mejorar o sanar sino que solo está limitada a controlar y mantener dicha situación. De acuerdo a Meichenbaum y Turk (1991) las tasas de adherencia se deterioran con el tiempo, sobre todo en enfermedades crónicas como la diabetes, donde deben darse cambios permanentes en aquellas conductas insanas, perdurando solo aquellas

conductas que la persona enferma logre asimilar, convirtiéndolas en automáticas y habituales. Otro factor importante que determina el nivel de adherencia se refiere a las características de los síntomas de la enfermedad ya que entre más desagradables sean resulta más probable la búsqueda de su alivio por medio de la adhesión al tratamiento prescrito por el profesional de la salud.

De manera general, estas diversas variables pueden clasificarse en cinco rubros, los cuales son: variables del paciente, variables del tratamiento, variables de la relación médico-paciente, variables estructurales y variables de la enfermedad (Ver esquema 1). Estas variables repercuten en el cumplimiento del tratamiento de manera directa y se observa en conductas específicas, como por ejemplo la puntualidad para asistir a las citas médicas, la adopción de un nuevo régimen de salud, adoptar medidas preventivas, etc.

ESQUEMA 1. VARIABLES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA



Esquema 1.- Variables que influyen en la adherencia al tratamiento e indicadores considerados en el apego al tratamiento (Tomado de Orgilés, Espada y Méndez, 2003, pág.75).

La falta de seguimiento de los tratamientos también está implicado con la poca claridad con que los profesionales de la salud explican y dan las instrucciones a seguir; en variadas ocasiones hay una carencia de atención en brindar la información de maneja clara, precisa y tomando en cuenta el nivel cultural del paciente. “Los regimenes complejos pueden producir una sobrecarga de información. Las personas tienden a tratar esta sobrecarga informativa de diversas formas: (1) omisión (fracaso para procesar la información desde el principio); (2) errores (procesamiento incorrecto de la información); (3) retraso (posponer las cosas para más tarde); (4) filtro (colocar el <ímput> dentro de un sistema de creencias preexistente; (5) aproximación (tomar la medicación una vez al día cuando se ha prescrito tres veces al día con la creencia de que <algo es algo>); y (6) evitación (falta de adhesión)” (Meichenbaum, y Turk, 1991, pág. 55).

Otro aspecto que interviene impidiendo una óptima adherencia por parte del paciente, con relación al tratamiento es la intrusividad; tal término se refiere a la forma en la que este nuevo tratamiento cambia y afecta su estilo normal de vida. La decisión de no seguir el tratamiento de la manera más indicada será determinada por la persona enferma, en relación al impacto negativo o positivo que tendrá en su vida y si está dispuesto a dejar un estilo de vida por otro (Meichenbaum y Turk, 1991; Orgilés, Espada y Méndez, 2003).

De manera particular, los factores emocionales del enfermo son fuente de diversas variaciones en su metabolismo; tal es el caso del estrés presente en pacientes diabéticos, donde hace más probable la presencia de una descompensación metabólica y en donde puede provocar niveles de glucemia elevados, así mismo, cuando el nivel de glucosa es bajo puede causar una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, exacerbando las respuestas ante estímulos estresantes (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Así mismo, Méndez y Meléndez (1994) mencionan que la primer causa que puede generar estrés en un paciente diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del tratamiento; tales como la responsabilidad de ingerir su medicamento, afrontar presiones sociales que hacen difícil cumplir el régimen de tratamiento y el miedo que experimentan ante la posible ocurrencia de la hipoglucemia.

La percepción que la persona tenga de autocontrol en su enfermedad y en sus cuidados está relacionada con una disminución de la amenaza percibida y el estrés que suscitan dicha enfermedad (Oblitas, 2004).

En los pacientes diabéticos que han desarrollado diversos problemas vinculados con la enfermedad o con un inadecuado manejo y control de esta, en sus primeras etapas de manifestación, se suma un factor estresante, el cual es la presencia de una o más complicaciones relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo la retinopatía diabética que impide al paciente realizar sus actividades acostumbradas en su vida diaria por la disminución o pérdida de la visión (Pérez y Fernández, 1992). Así mismo, otro factor importante en la manera en la que la persona con padecimiento crónico se adhiere al tratamiento, es el apoyo social que tiene a su alrededor y que le puede facilitar la puesta en práctica de todas las actividades recomendadas por el profesional de la salud, además de influir de manera positiva con relación a su estado emocional, de la siguiente manera:

- “El mantenimiento del apoyo social hace que el individuo no experimente el sentimiento de pérdida de otros recursos, pues no tiene que realizar esfuerzos para continuar disfrutando de los vínculos familiares y afectivos.
- El apoyo social puede prevenir directamente la pérdida de recursos pues evita la exposición del individuo a situaciones de estrés.
- Cuando se ha desarrollado la percepción de estrés, el apoyo social puede aportar los recursos perdidos, directa o indirectamente.
- También puede favorecer una mejor utilización de los recursos de los que dispone un individuo estresado así como potenciar la creación de nuevos recursos” (Oblitas, 2004, pág. 128).

Las relaciones sociales son de fundamental importancia en la adaptación de la persona con enfermedades de tipo crónico ya que tiene que establecer nuevos hábitos que enriquezcan y promuevan estados más saludables; sin este apoyo social la tarea se torna más difícil, sobre todo en ambientes donde la red social comparte hábitos poco favorables.

Otro elemento o variable a considerar en la adherencia al tratamiento son todas aquellas creencias que la persona haya generado en relación a la enfermedad. Taylor, Peplau y Sears (1994; en Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003) mencionan que la persona enferma se apega más a los tratamientos en presencia de ciertas creencias de acuerdo con:

“a) su motivación e interés hacia la salud y hacia la consecución de un estado saludable (motivación para la salud), b) la gravedad que percibe en la enfermedad y las repercusiones sobre su salud (severidad percibida de la enfermedad), c) lo vulnerable que se considere ante la enfermedad y la valoración de su propio riesgo ante ésta (vulnerabilidad percibida), d) lo eficaz y capaz que se considere para seguir las recomendaciones y consejos médicos (autoeficacia percibida) y e) si considera su respuesta ante el tratamiento como más eficaz y productiva que los costos e inconvenientes que le suponen (utilidad percibida en el tratamiento)” (pág. 77).

En este sentido, es importante que las creencias del paciente deban ser tomadas en cuenta aunque no coincidan con la explicación que el profesional de la salud tenga respecto a la enfermedad, sus causas e implicaciones; de esta manera pueden aclarar las dudas y reestructurar aquellas creencias erróneas sobre su padecimiento.

Para mejorar la adherencia al tratamiento es fundamental la identificación de los factores que están impidiendo este seguimiento y partiendo de esto, debe de ser informado el paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, despejando dudas y creencias poco favorables y realistas; también es recomendable brindarle al paciente diversas estrategias, que se adecuen de manera particular, para mejorar las habilidades de autocontrol; además de establecer un plan estratégico de intervención conductual; y, una intervención de las barreras, que de manera particular, están influyendo en la adhesión del enfermo (Orgilés, Espada y Méndez, 2003).

La importancia de conseguir un aumento en la adhesión del paciente a los regímenes de tratamiento está relacionado con la búsqueda de una mayor estabilidad y control en su enfermedad, disminuyendo el riesgo de complicaciones; además de la disminución de costes a nivel hospitalario, ya que de acuerdo a Caton (1984; en Meichenbaum y Turk, 1991), la no-adherencia es la razón más frecuente de readmisión a nivel hospitalario.

Según Meichenbaum y Turk (1991) la falta de adherencia también repercute en: "... infecciones recurrentes; incremento en el número de visitas del paciente; pruebas de diagnóstico innecesarias; curas de urgencia; tratamientos alternativos; medicamentos adicionales o en mayor cuantía; hospitalizaciones; fallo a la hora de alcanzar los resultados terapéuticos proyectados; cambios degenerativos a corto o largo plazo e incapacidad para establecer la eficacia de un régimen terapéutico" (pág. 28).

Para prevenir la baja adherencia al tratamiento se puede recurrir a diversas herramientas, como por ejemplo, llamadas telefónicas que le recuerden su cita próxima, asegurarse que el paciente comprende las recomendaciones e instrucciones descritas, se pueden realizar contratos en los que se definan los castigos o premios de su cumplimiento o incumplimiento, según sea el caso, practicar las conductas a implementar, utilizar el modelado y el refuerzo diferencial, etc. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

También se pueden implementar otras técnicas de psicología clínica a manera de complemento en casos particulares; tales técnicas pueden ser el ensayo conductual para el desarrollo de habilidades que le permitan abstenerse de invitaciones que impliquen faltar en su dieta; también se puede utilizar, si el paciente así lo requiere, el modelo de solución de problemas principalmente para identificar las barreras de su adherencia, empleo seguro de estrategias de feedback sobre valores glucémicos, etc. (Fernández y Pérez, 1996).

Retomando a Schmidt (1979) se puede recurrir a tres tipos de claves recordatorias para que se le facilite la adhesión al enfermo con respecto a su tratamiento, en particular con la ingesta de medicamentos: las claves directas (dejar el medicamento en un lugar estratégico donde ocurrirá justo antes de tomarlas), claves indirectas (señales que constantemente le recuerdan la ingesta del medicamento mediante su colocación estratégica en artículos a los que recurre con frecuencia) y claves entrelazadas (utiliza una combinación de ambas). Este tipo de señales apoyan a reducir el olvido para que no sea un factor que contribuya en la falta de adhesión en el tratamiento de los enfermos (en Meichenbaum y Turk, 1991).

Para el mantenimiento de la adherencia terapéutica, una vez conseguida, es importante el apoyo para que el paciente pueda anticipar y afrontar las situaciones de riesgo de recaída (Orgilés, Espada y Méndez, 2003). Sin embargo es importante tener presente que el programa que se decida implementar, deberá ser aplicado adecuándolo al caso particular del paciente para que tenga mayores probabilidades de éxito.

En el caso del profesional de la salud, la manera más óptima de llevar a cabo una relación con su paciente, es llevando una mutua participación en la que asista al enfermo para que se ayude a sí mismo (Parsons, 1951; en Meichenbaum y Turk, 1991). En relación a lo anterior, la manera en la que el profesional de la salud influya en el paciente tendrá que ver con la demostración de una verdadera preocupación hacia éste, visto como persona y no solo como una enfermedad despersonificada; ya que el paciente también busca ser entendido, entablar una confianza y cordialidad necesaria para que no sea un trato incómodo o hasta desagradable a la hora de la visita al médico.

El paciente reacciona de mejor manera a las actividades que están relacionadas con el ámbito hospitalario cuando existe una buena relación entre él y el profesional de la salud, así como una buena organización del entorno. La persona que padece una enfermedad crónica y por ende está más relacionado con el contexto hospitalario como resultado del cuidado de su salud, tiene la expectativa

de establecer relaciones más cordiales en donde se sienta cómodo y le aligere más la carga que ya en sí representan las visitas continuas, ya que siguiendo con Meichenbaum y Turk (1991) entre las principales variables referentes a la relación entre paciente y profesional de la salud que repercuten en la adherencia se encuentra la accesibilidad y aprecio; sentimientos de ser estimado y tratado con respeto; atención a sus expectativas; la calidad de la atención; consideración hacia sentimientos y preocupaciones, entre otros. En general, lo que estos autores muestran, retomando diversas investigaciones, es: "...lo que el paciente desea del encuentro médico es que el profesional de la salud sea competente como técnico, recibir adecuada información sobre sus problemas médicos y que la atmósfera del encuentro sea cálida, confortable y de cooperación" (pág. 66).

Para lograr una óptima relación que potencie la asistencia del enfermo crónico al área de control médico es de suma importancia tener en cuenta que el comportamiento y trato que tenga el profesional de la salud repercute directamente, por lo que es aconsejable que se comporte de manera amable, cálida, con una actitud empática que permita establecer un ambiente de confianza y apertura para el paciente.

Con referencia a la estructura y organización de los centros de salud también implica un gran reto en la mejora de la atención si se busca el aumento de la adherencia terapéutica, referente a la asistencia de consultas, ya que la información arrojada por diferentes autores nos deja ver que hay un mayor índice de asistencia al sector salud cuando hay una atención continua por parte del mismo doctor asignado, cuando hay un breve periodo de espera en la atención y consultas (Meichenbaum y Turk, 1991; Orgilés, Espada y Méndez, 2003).

Por otro lado, dentro de las diversas tareas que el profesional de la salud tiene a la hora de atender a los pacientes, además del diagnóstico y la prescripción de los tratamientos, nos encontramos que tiene que enfrentarse a la tarea de informar al paciente su padecimiento así como el plan de tratamiento de manera que pueda ser entendido. Esta tarea resulta ser más difícil de lo que parece ya que muchos de los profesionales de la salud, después de dar las explicaciones no corroboran

si han sido entendidos, además de que caen en varios errores como explicar poco acerca de la enfermedad, causas y complicaciones; y saturar a la persona de información referente a los procedimientos y técnicas relacionadas en su tratamiento, creando confusión y propiciando el olvido de datos por parte del paciente. Cassata (1978) ha conjuntado una serie de resultados obtenidos, referentes a la información que es brindada a los pacientes, donde muchas veces no son tomados en cuenta o son ignorados por los profesionales de la salud, los cuales se presentan a continuación:

- “1. Los pacientes olvidan la mayor parte de lo que el médico les dice.
2. Es más probable que se olviden de las instrucciones y consejos que otras informaciones.
3. Cuanto más se le dice al paciente, mayor será la proporción de información olvidada.
4. Los pacientes recuerdan (a) lo que se les ha dicho primero y (b) lo que ellos consideran más importante.
5. Los pacientes inteligentes no recuerdan más información que aquellos menos inteligentes.
6. Los pacientes mayores recuerdan lo mismo que los jóvenes.
7. Los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más de lo que les dicen.
8. Cuanto mayores conocimientos médicos tenga el paciente, más recordará.
9. Si el paciente anota lo que el médico le dice, lo recordará tan bien como si lo estuviera oyendo.
10. El empleo de jerga técnica debe limitarse al mínimo” (en Meichenbaum y Turk, 1991, pág. 102).

Además, Meichenbaum y Turk (1991), mencionan que la omisión de explicaciones acerca de la enfermedad y sus causas, no preguntar a la persona en consulta si entendió, interrumpir al paciente mientras trata de contar la historia de sus síntomas o al tratar de expresar sus dudas y comentarios, así como el uso de la jerga médica para explicarle al enfermo su situación, son factores relevantes en el descontento y la incomodidad que sienten los pacientes al recurrir al servicio médico; motivo por el que aumenta la tasa de abandono a consultas.

La información brindada en consulta es un factor muy importante ya que esta es la que se utilizará para llevar a cabo los tratamientos; una información difusa o carente propicia mayores dudas y se presta a mayores errores en la práctica de los procedimientos. Recurriendo a Watzen y Stoeckle (1976; en Meichenbaum y Turk, 1991), quienes estudiaron un encuentro de médico-paciente de 20 minutos, sólo pudieron registrar menos de dos minutos brindados por el profesional de la salud para dar información general al paciente con respecto a lo que tenía que llevar a cabo. Así mismo, nos encontramos con otro hallazgo obtenido por Body (1980^a; en Meichenbaum y Turk, 1991), quien observó que los médicos solían brindarle más tiempo y ampliación en sus explicaciones médicas a personas con status socio-económico alto, debido a que los ciudadanos de clase baja tienden a hacer menos preguntas y verse más intimidados por la figura y status del médico.

La conciencia de ver al paciente como un ente biopsicosocial parece ser todavía un reto ya que no se alcanza a contemplar de manera más amplia sino que el profesional de la salud aún se limita a ver la enfermedad, muchas veces despersonalizada, dificultando principalmente al paciente, ya que al no tomar en cuenta todos los aspectos y al no brindarle la información de manera adecuada y completa, no obtiene los recursos necesarios para poner en práctica su tratamiento de manera apropiada y optimizar los mejores resultados.

- Reacciones emocionales

Los profesionales de la salud también deben de tomar en cuenta que los enfermos se enfrentan a diversos sentimientos a lo largo de su enfermedad; estos sentimientos presentes pueden ser el miedo, culpa, fatalismo, vergüenza y parálisis de la voluntad; los cuales pueden afectar en el modo de adherirse a los tratamientos (Meichenbaum, y Turk, 1991). Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc.

La noticia del padecimiento de una enfermedad crónica trae consigo un impacto a nivel emocional por todo lo que puede representarle a cada persona esta nueva condición en su calidad de vida. Existen diferentes emociones a las que se enfrenta la persona después de su diagnóstico y aún cuando no existe un orden cronológico o secuencial para su aparición, se encuentran presentes las mismas emociones. De acuerdo a Latorre y Beneit (1992) son las siguientes:

Negación.- La persona que ha recibido la noticia de su enfermedad tiene diferentes ideas acerca de su condición, donde no acepta la enfermedad o le resta importancia pensando que no es tan grave o que es temporal. La negación resulta ser un mecanismo de defensa que evita a la persona estresarse demasiado ante la noticia y resulta ser una reacción frecuente sobre todo en el caso de enfermedades como la diabetes, de tipo crónico. La negación puede resultar adversa cuando esta impide que el paciente acceda a los tratamientos o se adhiera a ellos de manera provechosa, evitando el autocuidado.

Miedo.- Esta emoción de igual forma, se presenta mas aguda en casos en los que se trata de enfermedades crónicas ya que la persona tiene que enfrentarse a la idea de vivir con el padecimiento de por vida, además de todos los cambios que esto conlleva y del posible agravamiento de la enfermedad con el paso del tiempo. El miedo puede presentarse de manera constante o sólo en ciertos momentos como por ejemplo cuando tienen que acudir a realizarse estudios para ver la evolución de la enfermedad.

Depresión.- Esta respuesta emocional suele presentarse de manera retardada, una vez que la persona ha asimilado con más calma lo que implica su enfermedad en términos de salud y cambio de hábitos. Puede aparecer debido a la pérdida de muchas actividades gratificantes, a las restricciones médicas, a la percepción de un deterioro de su calidad de vida, etc. Según Ortiz y Ortiz (2007) ha sido asociada como una situación presente y como resultado del diagnóstico de las enfermedades crónicas; de acuerdo a estos autores, cuando la depresión está presente hay un descuido y un peor control metabólico, además de la disminución de la actividad física que repercute en una mayor obesidad, y en

general, menores cuidados. En casos más severos puede presentarse de manera prolongada, haciendo sentir al enfermo indefenso, con pocas esperanzas, siendo este un problema que obstaculiza a la persona para asumir su enfermedad de manera positiva y motivada, por lo que llega a ser necesario el apoyo psicológico para salir de esta condición.

Ira.- Suele aparecer después de un tiempo, donde se han asimilado los ajustes que conllevan a la enfermedad; esta emoción puede traer consigo el enojo en la persona enferma, con una visión de injusticia e impotencia de por qué le sucedió.

Los profesionales de la salud poco se interesan en el estado emocional del paciente y en la mayoría de los casos, se centran a determinar y tratar solo la enfermedad sin dedicarle tiempo al sentir de las personas. El tiempo es un factor importante en los centros hospitalarios y los médicos no pueden perder el tiempo en indagar sobre el estado emocional del paciente y en hacer un informe detallado de la enfermedad, sus implicaciones, consecuencias y tratamientos por lo que la adherencia al tratamiento, es vista como una tarea del paciente y no del profesional de la salud. Según un estudio realizado por Stone (1979), la mayoría de los profesionales de la salud decían sentir poca compasión con relación a los problemas que enfrentaban sus pacientes para llevar a cabo el tratamiento prescrito y creían que el problema de adhesión se debía a un problema actitudinal (en Meichenbaum y Turk, 1991).

Es importante considerar que los profesionales de la salud pueden pensar que no tienen tiempo para llevar a cabo todo lo escrito anteriormente, sin embargo parece ser una desinformación y desinterés, ya que de acuerdo a Meichenbaum y Turk (1991), diferentes investigaciones han dejado al descubierto que los profesionales de la salud que emplean un poco de tiempo en escuchar las ideas y expectativas de sus pacientes, consiguen ahorrarse a la larga, más tiempo ya que se evitan muchos malos entendidos, menos esfuerzos en repetir lo dicho y en tratar que el paciente entienda, etc. Por lo que a final de cuentas resulta ser más provechosa la atención extra en consulta para obtener mejores resultados que parecen beneficiar al enfermo y facilitar el trabajo del médico.

Otro factor importante que aportan estos autores es que, deben tomar en cuenta la etapa o fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente para brindarle la educación más adecuada referente al tratamiento; las fases son:

Fase inicial de aparición: en este primer contacto con la información relevante a la enfermedad se manejan los términos generales y sus implicaciones a grandes rasgos ya que están de por medio las reacciones emocionales de manera más aguda y es probable que el paciente y su familia sean menos receptivos a la información compleja y dicha situación dificulte la adhesión.

Fase de manejo: durante este periodo hay mayor receptibilidad por parte de la persona enferma y su grupo de apoyo, por lo que es buen momento para manejar la información más compleja que está relacionada con la enfermedad, complicaciones y sus cuidados rutinarios.

Fase de complicación: los enfermos empiezan a tener complicaciones mismas de la evolución de la enfermedad, aún con la existencia de la adhesión al tratamiento, donde se tienen que enfrentar a situaciones estresantes que se suman a su condición.

Un trabajo en conjunto puede lograr una mayor adhesión al tratamiento siempre y cuando se encuentren en la disposición de lograr optimizar el tratamiento a través del compromiso médico-paciente, lo cual no solo beneficia al enfermo, sino que también al ámbito hospitalario, previniendo recaídas que repercuten en costos económicos derivados de la atención y sobrecarga de consultas médicas de quienes recurren al sector salud por complicaciones derivadas de un mal control de la enfermedad o por errores en la aplicación de los tratamientos.

Hemos visto cómo el papel del profesional de la salud está implicado en los resultados que el paciente puede obtener de los tratamientos; a continuación veremos más de fondo el papel que tiene el enfermo y su familia en las formas de responder a las enfermedades y el apego de las prescripciones médicas que buscan mejorar la salud; en particular las enfermedades crónicas como la diabetes, en donde la búsqueda está enfocada en el control para evitar y/o retardar complicaciones.

CAPÍTULO 3

LA FAMILIA

En los capítulos anteriores se ha descrito y explicado la enfermedad de la diabetes, así como las formas en las que las personas llevan a cabo las instrucciones médicas respecto a sus variados tratamientos; sin embargo, no podemos olvidar que la persona enferma está inmersa en una sociedad y es parte activa de diversos contextos, cada uno con características diferentes.

Es para reconocerse que el primer grupo y probablemente el más importante en la vida del ser humano es el la familia, en esta se viven y experimentan de forma variada situaciones como las mencionadas anteriormente, como son el enfrentarse a una enfermedad, asumirse como enfermo y el seguimiento de prescripciones médicas. En el presente capítulo se revisará lo que implica la familia para posteriormente ahondar en cómo este sistema afecta o beneficia al sujeto en su manera de enfrentarse a retos como el mantenimiento de la salud y el enfrentamiento a la enfermedad.

Así pues, es preciso tomar en cuenta la definición que Macias (1995) propone para la familia, la cual es considerada como “un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones” (pág. 173).

Así mismo, Andolfi (1990) considera a la familia como: “... un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior” (pág. 18).

En sí, la familia es el primer grupo primario en el que crece el ser humano, sin embargo en cada caso se distinguen características peculiares que impregnan un sello particular en cada una de estas; aún así, se puede distinguir la clasificación de diferentes tipos de familia, de acuerdo a rasgos generales.

3.1- Tipos de familias

Existen diferentes familias que dependen del número y cercanía de parientes que la conforman, entre estas se encuentra la familia nuclear, la cual está formada a partir de la unión de la nueva pareja y sus hijos; donde la pareja es el único antecedente ya que son un solo sistema familiar. Dicha familia está constituida por dos adultos que son los que establecen los roles y las reglas de las que se rige la estructura, los hijos llevan sus apellidos y son tutorados por sus procreadores. Existen familiares alrededor suyo como son los abuelos, tíos, primos, etcétera pero se mantienen independientes al núcleo familiar sin compartir vivienda (Tirado, 1984; en Zaldivar y Zavala, 1993).

Volviendo con Macias (1995), la familia extensa es atribuida a aquellas en las que se incluyen al menos dos o tres “truncos generacionales completos” que conviven bajo el mismo techo, compartiendo los mismos recursos económicos; la familia semiextensa es aquella en la que además de la familia nuclear hay otros miembros, siendo pocos para formar otro tronco generacional; la familia extendida es diferenciada de las anteriores ya que este término es utilizado para indicar a los demás familiares que cada uno de los cónyuges tiene, sin embargo no comparten la misma vivienda ni gastos económicos.

Así mismo, es importante señalar que Tirado (1984; en Zaldivar y Zavala, 1993) retoma otro tipo de familia que actualmente se viene constituyendo con mayor frecuencia, la cual denominada como “familia reconstruida”, refiriéndose a aquellas parejas que deciden unirse y que al menos uno de ellos, ha tenido algún matrimonio previo y existen hijos de su antigua relación. Cuando se trata del caso en el que ambas personas tienen hijos se habla de que uno de los adultos no está relacionado consanguíneamente con los hijos de la pareja, ni comparte su

apellido. En la familia reconstruida se duplican las interacciones familiares ya que se incluyen miembros de la familia de la otra persona, como el padre biológico, los abuelos paternos y maternos de cada niño, etc.

Por otro lado, Tocaven (1976; en Zaldivar y Zavala, 1993) menciona cinco tipos de familia, nombrados por la relación que se da en ellas, las cuales son:

La familia idónea o normal.- Se da un ambiente de amor, comprensión, aceptación, sensación de seguridad y estabilidad, creando un ambiente positivo que permita un desarrollo óptimo para los integrantes del sistema.

La familia invertida.- Se caracteriza por ser un tipo de matriarcado donde sobresale la autoridad de la madre con relación a la toma de decisiones y tiene un papel más activo en ingreso económico, dejando en segundo término su papel de madre; en algunos de los casos se trata de mujeres que critican y empequeñecen al esposo.

La familia sobre-trabajada.-En este tipo de familia ambos padres trabajan y les sobra poco tiempo para dedicarlo a su hogar y sus hijos.

La familia hipermotiva.- Se caracteriza porque se expresan las emociones experimentadas de modo más intenso y puede llegar a causar problemas sobre todo en los casos que generen problemas ya que estos se desarrollan de manera más aguda.

La familia ignorante.- Este tipo de familia es llamada así debido a la falta de conocimientos generales que uno o ambos de los padres experimenten, de modo que al educar a sus hijos les transmiten conocimientos tergiversados y poco precisos o ideas erróneas.

Con respecto a lo anterior, es importante considerar que en su mayoría, las familias presentan en mayor o menor medida, características conjuntas de las anteriores cinco formas de relación; sin embargo, es de cuidado no llegar a los

extremos en cualquiera de estas. La familia es de suma importancia para el desarrollo personal ya que, provee a sus integrantes de diversas herramientas que le permiten satisfacer sus necesidades a nivel individual y le proporciona los elementos necesarios para una integración en la sociedad. Macias (1995) enlista una serie de funciones psicosociales que la familia tiene para el desarrollo de quienes la conforman:

- Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
- Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales (autoestima, seguridad, y confianza).
- Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
- Provee los primeros modelos de identificación psicosexual (modelo de la figura paterna/materna, modelos de identificación de género).
- Inicia el entrenamiento de los roles sociales (jerarquías para la toma de decisiones y responsabilidades de acuerdo a la edad y estilos de vida).
- Estimula el aprendizaje y la creatividad.
- Transmite valores, ideología y cultura.

3.2- Etapas de la familia

La familia es una fuente de crecimiento personal que brinda diversos beneficios a lo largo de la vida; esta estructura familiar también tiene que pasar por diferentes prioridades según las etapas que vaya pasando.

En realidad, algunas de dichas etapas no se dan de forma sucesiva sino que, en muchos de los casos se presentan de modo simultáneo; sin embargo aún cuando

no hay un orden sí se dan todas estas fases. A continuación se muestra en la siguiente tabla un resumen de las principales épocas por las que atraviesa la familia.

TABLA 3.- ETAPAS DE LA FAMILIA	
ETAPAS	FASES
I.-LOS ANTECEDENTES (Fases preliminares)	1.- El desprendimiento de la familia de origen. 2.- El encuentro y el cortejo. 3.-El proyecto de pareja y decisión de serlo.
II.-El inicio (Fases tempranas)	4.- EL matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja. 5.-Integración inicial y decisión de ser familia. 6.- Advenimiento de los hijos. Nuevos roles. 7.- Familia e hijos pequeños. Lactancia, la infancia.
III.- El desarrollo (Fases intermedias)	8.- Familia y época preescolar. 9.- Los hijos y la escuela. 10.- Pubertad y adolescencia de los hijos. 11.- Los hijos jóvenes-adultos.
IV.- La declinación (fases tardías)	12.- El desprendimiento de los hijos, nido vacío y el reencuentro. 13.- Las nuevas familias. Nuevos roles. 14.- Vejez y muerte. Disolución de la familia nuclear.

(Retomado de Macias, 1995, pág.183)

Así mismo, la familia está constituida por diferentes subsistemas internos, los cuales se enlistan a continuación:

Sistema individual: hace referencia a que cada persona es constituyente de diferentes y particulares subsistemas de interacción en una serie de contextos donde se desarrolla y en los que existen diversas condiciones.

Sistema conyugal: este sistema está constituido por la pareja progenitora que conforma la base de la familia, son dos personas adultas y de diferente sexo que han decidido unirse para formar una familia y donde hay una relación íntima, además de compromisos y funciones específicas para mantener el sistema familiar.

Subsistema parental: en este subsistema se engloba la relación existente entre padres e hijos, en donde se busca un ambiente propicio para el desarrollo del niño, se le enseñan los límites, reglas de la casa y disciplina a través de una adecuada autoridad, tomando en cuenta las necesidades de cada niño.

Subsistema fraternal: se refiere a la interacción que se tiene entre hermanos; este tipo de relación le permite al niño tener su primera forma de relacionarse, de competir, cooperar, negociar, aprender y de reconocer sus habilidades (Zaldivar y Zavala, 1993).

3.3- Elementos característicos de la estructura familiar

Como estructura, la familia necesita regirse por ciertas condiciones, reglas y características que le permitan su funcionamiento, conservación e interacción entre los diferentes subsistemas; los principales componentes que existen son:

Límites.- Es el respeto al espacio personal entre los integrantes de la familia, donde se resguarda la privacidad de la persona. “Son las fronteras naturales o convenidas entre sistemas o subsistemas, en el mismo o en distintos niveles” (Macias, 1995, pág.183). En la familia es importante el respeto por el espacio individual sin llegar al hermetismo entre los sistemas, debe existir un intercambio o permeabilidad en donde estén claros los límites.

Dichas reglas deben establecerse por los integrantes de dicha familia; su función es proteger y mantener diferenciados los subsistemas por lo que es fundamental para su funcionamiento la claridad y flexibilidad en ellos (Zaldivar y Zavala, 1993).

Roles.- Se refiere a la asignación y distribución de tareas y responsabilidades para cada uno de los integrantes de la familia de forma diferenciada, de acuerdo a la edad y capacidades para llevarlas a cabo. También existen los roles idiosincráticos que tienen la función especial del mantenimiento del equilibrio de la estructura familiar, dónde se le asigna particularmente a uno de los integrantes de la familia, como en el caso del enfermo, donde todo se organiza en relación a este (Macias, 1995).

Jerarquías.- Es el poder o autoridad para la toma de decisiones que afectan a toda la familia, además de las responsabilidades generales de dicho sistema. Dicho poder es establecido en niveles y distribuido en relación a los integrantes de la familia. La jerarquía hace referencia no solo al poder que se le atribuye a miembros de la familia sino al reconocimiento o crédito que le es dado a cada persona (Zaldivar y Zavala, 1993).

Involucramiento familiar: Hace referencia al vínculo que se establece entre los diversos integrantes de la familia; se dan diferentes intensidades afectivas, donde se esperaría que no estuviera en los extremos de desvinculación o de fusión (Macias, 1995).

Alianzas.- Se forman cuando dos miembros de la familia tienen una mayor cercanía, convivencia, comparten sus intereses o hay un apoyo mutuo. Las alianzas pueden ser positivas, las cuales son benéficas o provechosas, sin embargo también pueden darse casos en los que haya una alianza en contra de alguien, conociéndose como coalición, y si existe una respuesta se habla de el establecimiento de bandos que son poco favorables para el ambiente familiar (Macias, 1995). Las alianzas son naturales y cambiantes, permitiendo el establecimiento de una convivencia más cercana y estrecha.

Comunicación:-De manera general la comunicación se da por medio de mensajes verbales y no verbales, en donde se esperaría que haya congruencia entre uno y otro. De acuerdo con Macias (1995) el mensaje está constituido por el contenido y la forma en la que se exterioriza; en la familia se expresan dos áreas que son la afectiva y la instrumental (de relación/de contenido, según Robledo de Dios, 1992), donde pueden recurrir a mensajes directos o indirectos a través de tipos de comunicación claros o enmascarados.

Según Robledo (1992), la comunicación también puede presentarse en diversos niveles, de acuerdo a las características de cada sistema familiar:

1.-Nivel informativo. La información que se transmite de manera corriente, sobre lo cotidiano y rutinario.

2.-Nivel racional. Se comunican hechos y/o datos de tipo personal con intención de educar y transmitir las normas y valores.

c.- Nivel emotivo y profundo. Se transmite tanto la información convencional como el estado emocional que se encuentra presente, siendo este último, el nivel esperado dentro del núcleo familiar.

Modos de control.- Son las formas en las que se aplican las reglas y normas que la propia familia a establecido para el control del comportamiento permitido y el no permitido, aún cuando no siempre son manifiestas. Macias (1995) menciona cuatro estilos de control en la familia:

1) Rígido.- Normas establecidas de manera impositiva sin la existencia de flexibilidad ni tolerancia.

2) Flexible.- Normas firmes, claras, bien definidas, racionales y susceptibles a variaciones.

3) Laxo.- Ausencia de control, sin normas, todo se permite.

4) Caótico.- Existen cambios irregulares en el modo de control, no hay consistencia en las normas; causa confusión y caos en la familia.

En base a lo anterior la familia es considerada como una unidad, sin embargo cada persona que conforma dicho grupo primario no integra su totalidad dentro de ésta, ya que solo ciertos aspectos particulares de cada miembro son incluidos. Además la forma de vincularse varía con cada miembro de la familia, por lo que hay quienes se involucran aún más y otros tantos que se mantienen a mayor distancia.

También es relevante considerar que la familia tiene diversas particularidades derivadas del contexto y tiempo donde se desarrolla; de acuerdo con Díaz Guerrero (1979; en Zaldivar y Zavala, 1993), la familia mexicana se fundamenta de dos aspectos principales: la supremacía del padre y el autosacrificio de la madre. Estas características tienen un papel muy importante en la construcción de las personas que se crían en este tipo de estructura familiar.

Una vez presentado de manera general todo lo que implica el término de “familia”, se dispone a continuación, de manera más detallada el abordaje de la forma en la que influye la familia mediante la educación, en la manera de cuidar la salud y ver la enfermedad.

CAPÍTULO 4

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

Este capítulo nos permitirá ver a la familia como primer grupo social, el cual brinda conocimientos que le dan una particularidad muy especial a cada núcleo familiar, además de otros aspectos generales de la cultura influyentes que pueden ser observados a través de rasgos similares que comparten diferentes familias. Ambos aspectos son de suma importancia ya que permean su construcción personal en cuanto a su quehacer social y modo de adecuarse a las situaciones. Además, a continuación analizaremos cómo la enseñanza particular de costumbres provenientes de la familia nos ayuda a entender la manera en la que cada persona se comporta en la enfermedad.

La infancia es una de las etapas con mayor receptividad de conocimientos ya que son los primeros aprendizajes y las primeras formas de socialización que más tarde servirán para su incorporación a la sociedad; todos estos conocimientos que adquieren los infantes en esta etapa de su vida se hacen principalmente a través de la familia y escuela, donde pasan su mayor tiempo. El niño, como miembro de un grupo familiar, aprende por observación sobre los desempeños de los adultos y de sus hermanos (Newman y Newman, 1991, pág.49).

A través de las relaciones familiares se da la transmisión de costumbres, hábitos, ideologías y hasta formas de ver la vida ya que, en este caso, coincidiendo con Hernández (1998) quien considera que: “El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de las relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas (...) lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior” (pág. 31). Dicha transmisión no se hace explícita en la mayoría de las veces, sin embargo se refleja en formas de actuar que resultan ser similares a las existentes en su seno familiar.

La incorporación de hábitos y costumbres son agregados de diversas maneras por parte de los integrantes de una misma familia; algunos de estos hábitos se pueden conservar toda la vida y otros tantos pueden resultar ser más susceptibles a modificaciones a lo largo de la experiencia de vida de cada individuo. Según Macias (1995): “El marco de referencia, de valores, reglas y normas de conducta que rige al sistema familiar, así como su ideología y concepción del mundo, costumbres y los ritos que conforman el estilo de vida, son transmitidos a los nuevos miembros como parte del proceso de socialización, de aceptación-pertenencia al grupo, dando oportunidad en la medida que se estimule y se respete el proceso de individualización, que dichos elementos sean incorporados y asimilados por convicción en forma individualizada...”(pág. 181).

La persona elige, sin ser necesariamente consciente de esto, la incorporación de elementos que le son más significativos, por tanto, aún en una misma familia se pueden observar diversidad de hábitos en cada uno de los integrantes, mientras que pueden existir otros que sean compartidos. Los modelos afectivos de relación se aprenden en la familia de origen y marcan al sujeto en su forma de actuar y traspasar su conocimiento (Salazar, 2006).

En el caso concreto del tema de la salud y la enfermedad, no queda exenta la influencia por parte de la familia, ya que si desde la infancia observan y participan en prácticas que prevengan enfermedades, que les brinden cuidados adecuados y que se atiendan de manera rápida y adecuada, que tengan el hábito de asistir con el médico y que hayan hábitos más saludables para evitar enfermarse; es más probable que cuando crezca el niño incorpore algunas de estas prácticas y costumbres en su edad adulta y que las transmita en la nueva familia que conforme. Ya que de acuerdo a Del Barrio (1998; en Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001) algunas familias tienen mayores tendencias a fomentar una buena crianza, sin embargo si existe una aplicación coherente de las normas, existe apoyo y hay un compromiso en relación a la práctica de crianza, cualquier familia puede desarrollar condiciones óptimas para el desarrollo de los niños.

Existen diversos factores en pro de un mayor beneficio para la salud de los integrantes de una familia; en las primeras etapas de vida, el niño es atendido principalmente por sus progenitores y son estos quienes según sus hábitos y costumbres los cuidan y atienden. La forma en la que reaccionen los padres ante la enfermedad de los hijos funge como modelo del trato que se debe dar en estos casos.

La ideología que los padres compartan acerca de la enfermedad resulta ser proclive a la incorporación por parte de los niños, debido a que resulta ser la primer concepción a la que tienen acceso dentro de la esfera familiar, este su primer y único grupo primario (en sus primeros años de vida). Más tarde y conforme crezcan las personas, son capaces de conservar dichas prácticas e ideologías o cambiarlas. De acuerdo a lo revisado por Orgilés, Espada, y Méndez (2003) nos encontramos en situaciones con infantes enfermos que: “La familia puede fomentar la adhesión al tratamiento por parte del niño si actúa de forma adecuada. Por un lado el apoyo familiar ayuda a modificar la actitud del niño hacia la enfermedad y sus expectativas ante el tratamiento” (pág.76). Por otro lado, el infante necesita a un cuidador mientras se encuentra enfermo, sobre todo en sus primeros años de vida, cuando aún no es responsable de dichos cuidados; la manera en la que responden los encargados del tratamiento y sus atenciones que le brindan, son conductas modelo que el niño va aprendiendo e incorporando a su vivencia, siendo proclive a volverse un patrón de repetición en su adultez.

Así mismo, el entorno familiar puede contribuir a que el niño realice conductas saludables y que evite las conductas de enfermedad; sin embargo, en muchos de los casos sucede que los padres pueden estar reforzando, sin percatarse de ello, conductas poco saludables o poco benéficas para la adherencia al tratamiento, como patrones incorrectos de respuesta ante la enfermedad, ya que si bien, existen comportamientos que promueven el deterioro de la salud, los cuales podemos clasificar en tres tipos: la ignorancia , la falta de disponibilidad y la interferencia de las creencias (Sánchez, 1985).

En el caso de quienes padecen enfermedades crónicas también se puede observar la importancia de la familia, como en el caso de la investigación que realizaron Martin, Kitzman, Miller Johson y Emery (1998; en Orgilés, Espada y Méndez, 2003), donde dejaron ver la importancia que tiene la familia en el afrontamiento de la diabetes en niños ya que se mostró que era más efectiva la adherencia terapéutica en aquellos niños que contaban con padres que brindaban mayor apoyo, puesto que les brindaban ánimo y aceptaban la enfermedad. Si los padres son poco apegados a los tratamientos, esto se verá reflejado en el cuidado de sus hijos; los siguientes datos permiten dar cuenta de lo anterior ya que según el estudio de Brown, Borden y Clingerman (1985; en Meichenbaum y Turk, 1991) sólo uno de cuatro padres de niños hiperactivos se adhirieron a la medicación prescrita. Según Firestone (1982; en Meichenbaum y Turk, 1991) el 20% de los padres interrumpen la medicación al cabo del cuarto mes, el 50% al décimo mes, y únicamente el 10% vuelve a consulta antes de dar por finalizado el tratamiento.

Hay que tomar en cuenta que la adherencia debe realizarse en aspectos que son relevantes en el mantenimiento de la salud y el tratamiento adecuado de la enfermedad; no debemos pasar por alto que también existen creencias transmitidas, referentes a remedios y curaciones de los antecesores que pueden ser poco favorecedoras. En este sentido, Kagan (1987) se refiere de la siguiente manera: “El apego seguro puede no ser beneficioso para el niño si lo mueve a adoptar características inadaptativas a la sociedad en general, como puede ocurrir en los periodos de transición, cuando están cambiando los valores antiguos” (pág. 229). Por lo tanto debe existir un gran sentido de la responsabilidad dentro de la familia para poder identificar qué prácticas son poco reconocidas por la medicina para evitar su transmisión generacional y por ende la repetición, ya que lejos de causar una mejora puede obstruir en el sano desarrollo del niño y tener resultados adversos.

Para poder entender una familia, debemos remitirnos al entendimiento de las prácticas culturales que la permean ya que resulta necesario contextualizarlas, tomando en cuenta que cada cultura tiene ideologías y formas de actuar

diferentes que han sido sustentadas en cada una de ellas como la mejor forma de actuación.

Con respecto a los modos de reaccionar ante la enfermedad nos encontramos, así mismo, que cada una de las culturas tiene ideologías diferentes que les permiten vivir y accionar de diversas maneras, por lo que resulta de gran relevancia interpretar rituales y costumbres a partir del contexto mismo de la cultura a la que pertenezcan dichas personas para poder comprender su significado y el valor de una práctica como la crianza y sus cuidados (Newman y Newman, 1991).

Por lo tanto, no se puede considerar el mismo motivo con respecto a la falta de cuidados o a la poca adherencia al tratamiento en personas que viven en circunstancias diferentes; por ejemplo, en el caso de una persona que vive en una zona rural donde el hospital se encuentra a kilómetros de distancia se convierte en un inconveniente más la asistencia a consulta médica que, para aquella persona que vive en la ciudad y se le facilita llegar más rápido al centro de salud a través del transporte público; ni son tampoco las mismas variables a considerar para entender la falta de adherencia cuando una familia de nivel económico medio-bajo no acude con el médico en caso de una gripe (que desde su concepción puede ser una enfermedad común y sin riesgos) y decide auto-recetarse por ahorrarse el gasto monetario y creer que no es necesaria una receta de medicina que ya conocen de manera previa o que el mismo farmacéutico se las puede proporcionar.

Aún cuando las condiciones de cada familia son particulares, encontramos que la etapa de la niñez resulta ser de gran relevancia en términos de la interacción familiar e individual de cada persona ya que resulta determinante para el comportamiento posterior, de modo que si la familia mexicana estuviera consciente de los factores que regulan y benefician el desarrollo del niño y las formas más adecuadas de crianza dentro del hogar podrían mejorarse muchas de las prácticas que poco benefician al desarrollo, así como tratar de evitar la conformación de costumbres poco saludables (Sánchez, 1985).

Por otro lado, resulta sumatorio a la problemática que representa la falta de adherencia, otro factor que repercute en la enfermedad y las formas de enfrentarla; encontrándonos, de acuerdo a datos de profesionales de la salud, que la relación familiar también es un factor muy importante en la recuperación de sus familiares enfermos ya que en aquellos casos donde existe una inadecuada comunicación e interacción, la recuperación es más lenta y difícil (Robledo, 1992). Sin embargo, en el caso de quienes padecen enfermedades crónicas como la diabetes no es tan sencillo por la presencia constante y continua de dicha enfermedad: “Tanto el funcionamiento del paciente diabético como el de su familia se ven afectados por las características particulares con que cada quien percibe la enfermedad en relación con la edad de su inicio o detección y el grado de control de la misma” (Lerman, 1994; en León del Villar, 2001).

Aunado a lo anterior y retomando a Ackerman (1990; en Juárez, 2001) podemos apreciar que lo que tarda en llegar la aceptación de que un familiar está enfermo está influido en gran medida por el rol que juega éste dentro de la estructura familiar, ya que cada grupo primario no responde de la misma manera ante el diagnóstico de la enfermedad en el padre, la madre, hermanos o hijos, dependiendo de la importancia que el rol le proporcione. En este sentido Kornblit (1984; en Robledo de Dios, 1992) nos menciona que se pueden dar dos tipos de respuesta ante la enfermedad en la familia: estilo de respuesta centrípeto, en donde el apoyo y la atención se dirige totalmente a la persona y su enfermedad; y la respuesta centrífuga, donde no se quiere saber nada de la enfermedad. La desorganización familiar que resulta del impacto secundario de la enfermedad depende de la concepción familiar sobre la salud y enfermedad y los recursos que se tienen para afrontarla. Además, el grado de desorganización dependerá del tipo de enfermedad al que se enfrenten y a la dinámica familiar, en función de la cohesión que exista.

Como ya ha sido comentado en el apartado previo, dentro de la familia existen diferentes tipos y formas de relacionarse, siendo algunos lazos más estrechos que otros, sin embargo la madre tiene un papel muy importante en relación a la educación y como fuente de apoyo dentro de la estructura familiar.

Desde tiempo atrás, la identidad familiar determinaba de manera importante al individuo; remontándonos a los tiempos de la sociedad novohispana podemos apreciar cómo la lealtad familiar era uno de los más importantes valores sociales existentes. El padre de familia tenía el derecho de dirigir a la prole y llevarla por el camino del bien; así mismo, la madre debía ayudar a su esposo en la tarea de direccionar a los hijos, por lo que también tenía derechos educativos importantes. A través de los tiempos, la mujer mexicana ha sido y sigue siendo una pieza fundamental en la conformación de la familia ya que aún cuando no tenga un marido como eje del hogar, es quien sigue siendo la base de la estructura familiar, la que se encarga del cuidado y crianza de sus hijos (González, 1997).

En este mismo terreno, Salles y Tuirán (1997) nos hacen énfasis en la diferencia existente en cuanto al género y la división del trabajo dentro de la familia, resultando de esto los roles asociados con la crianza, el cuidado de los hijos y la realización de tareas puramente domésticas para las mujeres, mientras que el hombre conserva su rol de proveedor. La mujer está asociada a los cuidados, atención y crianza de la prole, cuidado de los ancianos, enfermos y discapacitados. Así mismo Díaz Guerrero (1979) nos refiere que los mexicanos se sienten seguros como miembros de una familia, pues en ella todos tienden a ayudarse entre sí, siendo la estructura familiar más importante incluso que la persona misma; hallando que la madre es muy respetada en México, ocupando una figura social muy importante. Al mismo tiempo existe en la cultura mexicana una gran obediencia hacia los padres, principalmente en las clases sociales bajas.

Es precisamente la madre, en la cultura mexicana, quien destaca más en la tarea de la primera educación y la enseñanza de hábitos y costumbres, debido al rol que juega de cuidadora y ama del hogar. Los datos arrojados en un estudio realizado por Martínez y Torres (2007) nos dejan claro la importante dependencia hacia el cuidado de la madre ya que en una muestra de 12 padres de familia de niños con diabetes tipo I, se pudo apreciar como resultado que el 92% de las personas había afirmado que la mamá era la que se encargaba del tratamiento y/o cuidado del paciente, lo cual se indicaba debido a la mayor parte del tiempo que compartían.

La familia tiene funciones muy importantes como la de proteger la vida de sus integrantes a través de la enseñanza día a día, procurando un desarrollo sano a través de la crianza, de la transmisión de las costumbres que cada familia de modo particular tiene. Según Solís (1997), varios autores han dejado ver los efectos negativos de una carencia o inadecuada forma de cuidados maternos, que se refleja en repercusiones en la salud física y mental del niño; acentuando que: “No hay sociedad sana cuyas familias no sean sanas. No hay individuo sano sin un núcleo primigenio que lo haya acunado en sus primeros años” (pág.11).

La primer fuente de enseñanza para el niño es la familia, sin embargo más tarde se incorpora a la escuela y estos dos ámbitos son las principales fuentes de transmisión de conocimiento en sus primeros años; son quienes pueden acentuar hábitos en pro de su cuidado, fomentando la concientización del papel activo que puede y debe tener en beneficio de su bienestar. Retomando a Perea (2002) es importante enfatizar que: “La interacción familia-escuela es fundamental para adquirir una personalidad sana. Escalas de valores contradictorias entre el ambiente familia y escolar siempre son fuente de conflicto para el niño. La colaboración de los padres para el desarrollo de hábitos y actitudes positivas en la etapa escolar se hace necesaria” (pág. 20).

Son los progenitores y la estructura familiar quienes constituyen la base del modo de actuar y tratarse al estar enfermo; pretenden inculcar en las generaciones jóvenes su experiencia en el campo de la salud, sin embargo debemos de tener muy en claro que no representa ningún sistema formal de educación, debiendo de tener presente que: “La falta de conocimiento y la carencia de una educación para la salud son, sin duda, las causas de morbilidad y mortalidad que podrían ser evitadas” (pág.22). Solo haciéndonos conscientes de la importancia prioritaria de una enseñanza en el campo del cuidado de la salud podemos evitar el mantenimiento de costumbres poco acertadas en el tratamiento de diversas enfermedades (Bouché, 2002).

Es importante asumir la responsabilidad de poner mayor énfasis en la construcción de ideologías que apoyen y contribuyan a la culturización en relación a la importancia del cuidado de la salud y la evitación de la enfermedad por medio de estilos más saludables de vida, comenzando por la transmisión de dichas ideologías a través de la crianza ya que: “Es la propia familia la que se erige como el principal punto de referencia y/o modelo principal de los padres y madres actuales” (Salazar, 2006, pág. 34). Se reconoce a los padres como los principales modelos, sin embargo, parece resultar evidente que las personas que en su edad adulta alcanzan mayores niveles de formación educativa, son los que se alejan más de los patrones de conducta que sus familias de origen les inculcaron. Lo óptimo es que la familia desarrolle un sentido de responsabilidad para con su salud y se de la disponibilidad de transmitir dichas pautas de comportamiento a favor de la salud.

A continuación, en el siguiente apartado veremos el papel que desempeña el individuo en relación al cuidado de su salud ya que, si bien, la familia es un factor muy importante en la manera de concebir la enfermedad debido a las atenciones y cuidados recibidos principalmente en la niñez y adolescencia, sin embargo no es un factor determinante. Por el contrario, en la edad adulta la persona se hace responsable de su salud y es de esperarse que tome un papel activo en relación a la búsqueda de una óptima calidad de vida, pudiendo incorporar nuevas formas de atención y cuidados que van más allá de las transmitidas en la estructura familiar.

CAPÍTULO 5

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: RESULTADO DE UNA CONSTRUCCIÓN PERSONAL

En el capítulo anterior hemos visto la importancia de la familia como moldeadora y modeladora de conductas particulares que influyen en el comportamiento de sus integrantes a través del compartimiento de creencias y costumbres aplicadas a sus estilos de vida y formas de interpretar sus experiencias, tales como la salud y la enfermedad además de sus formas singulares de afrontamiento ante esta última.

Por otro lado, no debemos perder de vista que si bien, la familia es un determinante muy importante por su influencia en cada uno de los integrantes que la componen, cada uno de ellos toma solo algunos aspectos que le son singularmente importantes o trascendentales y otros los ignora o los modifica a través de su experiencia. El individuo actúa de manera activa sobre su formación, aún cuando no sea consciente de esta selección de modos peculiares de ser, por lo tanto cada uno de los integrantes de una familia en la que han compartido las mismas costumbres y creencias, será diferente a la hora de significar los hechos.

En el terreno de la salud y la enfermedad tenemos en claro que entre los factores que hacen a una persona propensa a contraer enfermedades se encuentran las costumbres, los hábitos y las formas de vida que son nocivas para su salud; como no hacer ejercicio, tener hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, alcohol o cafeína, no dormir lo recomendado, desórdenes alimenticios, entre otros muchos (Ponce, 1994; en Cerezo, 2001).

Las costumbres como tal son susceptibles a cambio y resultan más fáciles de modificar cuando existe una consciencia de lo importante que es abandonar aquellas que se vuelven nocivas para la salud, ya que "...si la población modificara el concepto de salud, cómo percibe su salud, y los comportamientos relacionados con el mantenimiento de la misma, podría representar el primer paso, para identificar cuáles son los comportamientos y estilos de vida saludables que debe adoptar para mantener su salud y como consecuencia mejorar su calidad de vida" (León del Villar, 2001, pág. 94).

El cambio en los estilos de vida se pueden realizar por iniciativa propia o como consecuencia de una necesidad; en el primer caso, podemos hablar de la existencia de motivos que hacen cambiar sus formas de vivir, tratando de conseguir un mejor bienestar a través del auto-mejoramiento; por el otro lado, también puede existir un cambio en las conductas rutinarias por situaciones que se imponen y que exigen un cambio en el ambiente de la persona, lo cual se le denomina descomposición del estilo de vida (Nussbaum y Sen, 1980; en Cerezo, 2001).

Por tanto, es de relevancia tomar en cuenta la importancia existente en el comportamiento del individuo y de su el estilo de vida, ya que son factores determinantes en la salud de una persona. Según el modelo de salud establecido por Lalonde (1974; en Vinaccia y Orozco, 2005), el nivel de salud de una comunidad se encuentra determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana como la genética y envejecimiento (27% de mortalidad en E.U.A.).
- El medio ambiente: contaminación física, química y biológica como bacterias y virus (19%).
- El sistema sanitario, referente a la calidad, cobertura y gratuidad (11%).
- Estilo de vida o conductas insanas (42%).

Siendo entonces los estilos de vida los que proporcionan el mayor porcentaje de causa en mortandad, lo que demuestra que la persona misma puede ir redirigiendo una visión hacia la salud humana no solo en la lucha contra la naturaleza y la genética, sino también en la modificación de las conductas, los estilos de vida y las formas de enfrentar las enfermedades. En ese sentido, según Rodríguez Marín (1995; en Vinaccia y Orozco, 2005), “los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la enfermedad. La forma como respondemos a nuestros males se puede convertir en un punto favorable o adverso para nuestro bienestar físico o mental” (Pág. 2).

El comportamiento y los hábitos actúan recíprocamente con la salud del propio individuo, siendo responsabilidad suya el autocuidado y la procuración de su bienestar; sin perder de vista que éste a su vez está delimitado por las características psicológicas, biológicas y sociales. De acuerdo con Vinaccia y Orozco (2005), la calidad de vida que se va forjando “es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con su propia jerarquía de valores” (pág.5). Entendiendo esto último como la importancia que cada individuo le atribuye a la salud y el cuidado de su propio organismo.

Si bien, un aspecto negativo con relación a la adopción y seguimiento de estilos de vida insanos resulta del hecho de que, en principio, con hábitos poco saludables aparentemente no hay una consecuencia desfavorable en primer momento, sino que las consecuencias de una vida poco sana se ve a una edad más avanzada donde ya se tienen mayormente enraizadas las formas de comportamiento, hábitos y costumbres. Los estilos de vida en beneficio de la salud y prevención de la enfermedad deben fomentarse desde muy temprana edad para que con mayor facilidad sean incorporados en su forma de actuar y de cuidarse mediante atenciones dirigidas a conseguir un mayor bienestar.

Según Costa y López (1996), hoy en día se promueven estilos de vida más saludables a través de la influencia que los profesores tienen en los niños mediante su trabajo en las aulas de clases, donde tiene la oportunidad de enseñarles conductas más favorables para ellos y sus familias; así mismo, también hay un trabajo preventivo en las clínicas con población infanto-juvenil, donde se establecen objetivos de cambio, guías preventivas, compartir información acerca de comportamientos de salud y de riesgo para que las personas sean más conscientes del papel que tienen en relación a su salud (en Cerezo, 2001).

Personas mayormente informadas y conscientes respecto de su papel activo en el cuidado de la salud, más fácilmente pueden asumir su responsabilidad ante la enfermedad y los cuidados que esta necesita, como la ingesta adecuada del medicamento, la procuración de citas médicas, seguimiento de las prescripciones del profesional de la salud, entre otras, reduciendo riesgos de complicaciones y agravamientos.

Aunado a lo antes visto, resulta importante considerar que hay también factores externos que pueden permear de manera general las conductas de los individuos, pudiendo tener resultados particulares en cada uno de ellos como atributo de índole social; tal es el caso de las diferencias de género existentes, que han sido estudiadas por diversos autores y que no quedan exentas ante una situación como la enfermedad. De acuerdo a Bosch y Ferrer (2001) “el rol de género asigna funciones, capacidades y limitaciones que la normativa de la cultura vigente establece como propios de las personas según su género y que implican riesgos específicos para la salud” (pág.6).

A partir de los trabajos de Lalonde (1974) se ha podido constatar que “la suma de las decisiones del individuo afectan a su salud y sobre las cuales tiene un cierto control” (en Bosch y Ferrer, 2001, pág.6); siendo determinados tanto por factores cognitivos, conductuales, de aprendizaje y sociales. Referente a estas diferencias de género presentes y de acuerdo a datos de la Secretaria de Salud en el 2001,

se reporta que el género femenino es quien más padece la diabetes o al menos son quienes buscan más los servicios médicos y tienen la oportunidad de ser diagnosticadas con dicha enfermedad (en Córdoba, Sapién, Rosas y Hernández, 2007).

De acuerdo a diversos autores, se ha sugerido que la enfermedad no siempre es vivida de misma manera en el hombre que en la mujer, de forma que “no siempre se manifiesta del mismo modo, ni es idéntica en su repercusión en tanto que unos y otras realizan tareas diversas, han adquirido características psicológicas distintas y su modo de vivir la enfermedad es diferente” (Bosch y Ferrer, 2001, pág.10). Del Río, Rodríguez, Robledo y Blas (2008) plantean que los roles y estereotipos de género pueden estar influyendo en este diferencial a través del apego al tratamiento y en particular a la dieta, así como en la demanda de atención en casos de complicaciones; observando que las mujeres diabéticas tardan tres veces más tiempo en acudir a los servicios de salud que los varones. En el caso de los hombres se tienen índices de detección bajos pero una vez que han sido diagnosticados se mantienen en mejor control, lo que refuerza la idea de que en las familias se prioriza el cuidado de la salud de los varones y de los menores de edad a cargo de las mujeres, pero no el autocuidado de la salud de ellas.

En tanto que las normas sociales establecen diferencias de género propician la existencia de modos diferentes de la expresión del dolor y síntomas de enfermedad, siendo los hombres a quienes se fomenta que ignoren, minimicen o no expresen sus incomodidades respecto a síntomas, por lo que se sugiere que la mujer tiene una mayor facilidad para expresar, etiquetar e interpretar los síntomas de sus enfermedades; además se ha observado que hay diferencias de género en cuanto a la hospitalización se refiere, siendo las mujeres quienes padecen mayores índices de depresión y ansiedad; las mujeres parecen ser más susceptibles a ciertas disfunciones corporales por lo que se piensa que son más susceptibles al dolor y cambios de temperatura por ejemplo (Bosch y Ferrer, 2001).

Con respecto al tema de la comida, según Córdoba, Sapién, Rosas y Hernández (2007), las formas de cocinar se van enseñando y aprendiendo principalmente en el género femenino, quienes son en el mayor de los casos las encargadas del hogar, que al conformar nuevas familias conservan dichos patrones de conducta o los ajustan dependiendo de las necesidades existentes en la nueva familia que han decidido constituir, aún cuando estos hábitos no sean los más saludables resultando las mujeres las responsables de la dieta. Sin embargo se ha podido ver que en casos en los que la mujer tiene que preparar alimentos para su pareja que padece diabetes “es aprovechado por los esposos, otros miembros de la familia e incluso por el profesional de la salud para responsabilizarlas de tener que preparar la comida y realizar los cuidados dietéticos dependiendo de las necesidades de cada enfermo de la familia” (Córdoba, Sapién, Rosas y Hernández, 2007, pág. 33). Así mismo, esto conlleva a que en las mujeres encargadas de la alimentación recaiga un sentimiento de culpa y responsabilidad por lo que le suceda al paciente, aún cuando el mismo paciente sea el que no quiera seguir la dieta.

Siguiendo a los autores, dicho estudio mostró que particularmente en el caso de los hombres les resulta de mayor dificultad seguir la dieta recomendada por los profesionales de la salud, limitándose en el mayor de los casos a seguirla solo cuando se sienten mal, cuando son vigilados o cuando son regañados por el consumo de los alimentos que le perjudican.

La dificultad de seguir las dietas se encuentra principalmente en el “sacrificio” que tienen que hacer al dejar de comer los alimentos que tanto les gusta y que han sido parte característica de su experiencia de vida desde la infancia, además necesitan el cambio de hábitos y costumbres que han sido aprendidas dentro de la familia como parte de su cultura, las cuales se encuentran muy enraizadas en su forma de comportamiento actual.

Otro obstáculo que mencionan Córdoba, Sapién, Rosas y Hernández (2007) con referencia a la dificultad de seguir las recomendaciones dietéticas del profesional de la salud por parte de los hombres son las actividades laborales que impiden ingerir alimentos saludables a horas regulares ya que en los centros de trabajo abunda más comida de tipo rápida. Por lo que se necesita un cambio de hábitos insanos, relacionados a la alimentación a través del abandono de costumbres y tradiciones que se han ido incorporando y transmitiendo generacionalmente.

Además, otro dato a destacar es el proporcionado por Del Río, Rodríguez, Robledo y Blas (2008) que a través de un estudio realizado pudieron observar que aún cuando las y los participantes asisten a los servicios de salud y, en su mayoría, a los Grupos de Ayuda Mutua, no distinguen los factores de riesgo para enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial como un conjunto, sino como elementos aislados. Se racionaliza sobre el efecto de los malos hábitos alimenticios, del ejercicio y se responsabiliza a detonadores aislados como sustos, corajes o accidentes como factores definitivos para que ocurra la diabetes; contrarrestando el papel que han jugado en el desarrollo de esta enfermedad como miembros responsables de su estilo de vida y de hábitos insanos que han podido adelantar la aparición de la diabetes. No obstante, señalan que la costumbre de los malos hábitos está muy arraigada en las familias. Por lo tanto, reconocen que los miembros de la familia deben apoyar el esfuerzo de los enfermos por mantener el control de su enfermedad, y también responsabilizarse de su salud y tomar medidas de prevención. En este estudio, las mujeres aseveran que tratan de involucrar y hacer partícipes a todos los miembros de la familia en la dieta ideal, ya que tienen la creencia que si acostumbran a los hijos a comer como ellas deben hacerlo por la enfermedad, lograrán evitar que ésta se desarrolle en sus hijos.

En el caso de los hombres existen creencias más encaminadas a que la familia debe cuidar su dieta como un elemento fundamental de solidaridad con ellos, de manera que se pueda combatir en la familia, sus malos hábitos de alimentación.

Continuando con las diferencias de género, tenemos que ciertas concepciones de la enfermedad, de los atributos y actividades estereotípicamente “masculinas” hacen que los varones eviten “saberse” diabéticos, además que las actividades de detección se realizan primordialmente al interior de las unidades de salud de primer nivel de atención que suelen tener horarios poco convenientes para los hombres que trabajan de manera activa; además que ellos, en general, no utilizan servicios preventivos, ya que consideran que sólo es importante acudir a los servicios de salud cuando tienen algún malestar que les impide desarrollar sus actividades, puesto que se encuentran inmersos en el mundo laboral y los costos económicos de estar enfermo son mayores al tener que faltar a sus labores cotidianas en busca de asistencia médica (Del Río, Rodríguez, Robledo y Blas, 2008).

De acuerdo al Centro de Investigaciones Sociológicas (1997; en Bosch y Ferrer, 2001) la proporción de mujeres es mayor en cuanto a la asistencia a consulta médica y en relación al consumo de medicamentos que el realizado por los hombres.

En el tema del enfrentamiento de la enfermedad crónica, se tiene que es el hombre al que más le cuesta asumir el rol de enfermo ya que tiene actividades que se vinculan más con la independencia, una mayor socialización y diversas actividades que se realizan fuera del hogar, implicando poco pasividad, la cual puede ser necesaria en muchos de los caso de quienes padecen enfermedades crónicas y degenerativas, pudiendo provocar este cambio de actividades un conflicto de rol.

En el caso de las mujeres se presenta una morbilidad percibida mayor que al de los hombres y manifiestan más enfermedades crónicas, pareciendo ser que aprecian menos su estado de salud y su calidad de vida (Bosch y Ferrer, 2001).

Es importante retomar por lo tanto, las cinco áreas que constituyen los estilos de vida, de acuerdo a Varela (2002) siendo la afectivo-familiar, de ocio y tiempo libre, sociocultural, de autonomía personal y económico-laboral. Si bien, todas estas áreas son influyentes en la conducta del individuo, sin embargo éste es el único que tiene control sobre sus conductas y la forma de llevar su vida por lo que no son determinantes sino condiciones en las que se desarrolla y al mismo tiempo puede tomar papel activo asumiendo la responsabilidad de su cuidado en busca del bienestar y modificar aquellas condiciones poco saludables para su persona.

Po tanto, se debe tomar en cuenta y tener de manera presente que la socialización de los niños y niñas no solo corresponde al traspaso y apropiación de la cultura y formas de relacionarse en un determinado entorno social, sino que es el punto de partida para el desarrollo de un sentido de identidad propia e individual (Salazar, 2006).

CONCLUSIÓN

La manera en la que se han incorporado las enfermedades de tipo crónico a nuestra época actual ha sido indudablemente alarmante por su alta incidencia y la notable tendencia a incrementarse. El modo de contener las enfermedades crónicas es una problemática prioritaria hoy en día por lo que se han realizado diversos esfuerzos para contenerla y controlar sus efectos a través de la labor de los profesionales de la salud que trabajan para retardar las complicaciones derivadas, en lo mayor posible.

Uno de los resultados esperados por los profesionales de la salud es el logro del mayor efecto positivo de los tratamientos aplicados, sin embargo, pocos son los que se interesan e invierten el tiempo necesario para conseguirlo. El logro de un buen efecto curativo y/o proveedor de bienestar, como hemos podido constatar a lo largo de este trabajo, está influenciado por diversos factores que van más allá de los que se encuentran ligados al paciente.

Pocas personas saben realmente la influencia que tiene su apego en el resultado del tratamiento por lo que resulta un elemento prioritario en la búsqueda de una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos que los Profesionales de la Salud se tomen el tiempo de transmitir dicha información, ya que son los pacientes los que conviven a toda hora con la enfermedad y son quienes, para obtener un mayor bienestar pueden tomar medidas más drásticas para alcanzarlo, tales como asumirse en un papel más activo en torno a sus tratamientos.

La falta de información de la que carecen las personas en general, puede obstaculizar el cuidado de la salud, al tener una cultura de “no” prevención y no tomar en cuenta a la enfermedad hasta que se presenta en su vida misma. En el caso de la diabetes en particular, por su característica de enfermedad crónica no son advertidos de todas las complicaciones derivadas de la falta de seguimiento, por lo que las personas poco se sensibilizan sobre el daño que se pueden ocasionar si no cuidan su dieta y no integran nuevos hábitos a su vida.

La falta de información sobre enfermedades como la diabetes es más común de lo que se pueda pensar, quedándose limitada dicha información, en este caso, sólo a la especificación del comportamiento inadecuado del cuerpo, de la producción insuficiente de insulina ante la ingesta de glucosa y la necesaria moderación de esta última para alcanzar niveles controlados. Sin embargo poco se sabe de las afectaciones consecuentes de la permanencia de una condición en la que se mantienen parámetros elevados de glucosa y sus afectaciones sobre el cuerpo; en la mayoría de los casos es conocido hasta que los profesionales de la salud precisan tomar medidas extremas a consecuencia de un ineficiente cuidado, tal es el caso de las amputaciones, insuficiencia renal, ceguera diabética, etcétera; consecuencias derivadas de un mal control de la enfermedad, que si bien, en casos bien tratados y con un seguimiento adecuado se retarda su aparición e incluso puede no llegar a desarrollarse en el mejor de los casos.

En este mismo sentido, la escasa información sobre la enfermedad parece afectar mayormente a los sectores económicos más bajos ya que son quienes tienen menos oportunidad y recursos para hacer búsquedas de información complementaria a la proporcionada por los profesionales de la salud que les permita tener una visión más completa de la enfermedad y, tal parece que es por esto que son quienes tienen el menor índice de adherencia a los tratamientos ya que no divisan las consecuencias de no llevarlos a cabo tal cual como les es indicado, sumándolo además a otros factores como la falta de ingresos económicos para adquirir alimentos más sanos y/o la falta de ingresos para asistir de manera periódica al sector salud y ser atendidos por profesionales.

Las personas con mayores grados de estudios, que cuestionan al médico sobre los procedimientos y las implicaciones de la enfermedad, también obtienen mayor información de manera autodidacta, son quienes aparentemente pueden estar mayor preparados para concientizarse de la gravedad de la problemática y por lo tanto pueden ser más susceptibles a una revaloración de su calidad de vida. Sin embargo no podemos esperar que sólo un sector de la sociedad sea el proclive para un cambio en la calidad de vida, sino que es necesario y urgente, por lo tanto, que se difunda por los medios de acceso a toda la población, información

más detallada sobre la diabetes mellitus y las consecuencias de no seguir los tratamientos e indicaciones médicas, para que la sociedad entienda de forma más completa la problemática y la seriedad con la que se le debe de tomar. Hacer una mayor difusión en México es preciso, ya que según los índices de incidencia de la diabetes parece demostrarnos que todo el trabajo que hasta hoy en día se ha hecho para controlarla ha sido de poco alcance y poca efectividad en resultados.

Si bien, existen diversos y variados estudios sobre la familia del enfermo crónico, más concretamente la existencia de textos referentes a familias con pacientes diabéticos, sin embargo en la bibliografía consultada, la temática es abordada a partir de la detección de la enfermedad y por lo tanto a la incorporación a una condición de vida como enfermo crónico, donde se ha visto el apoyo que la familia brinda y todos los aspectos positivos que se generan como sustento de este nuevo estilo de vida, quedando a la vista el punto de acuerdo entre estos trabajos acerca del énfasis aparente hacia la enfermedad y modos de reacción, más que a la salud y la prevención; es necesario, así mismo, que la Psicología contribuya a generar una visión positiva, que pese por encima de la enfermedad, motivando a las personas a evitarla por los medios que tengan a su alcance y opten por la cultura de la prevención.

Sin embargo, este recorrido teórico ha querido ser más pretencioso al querer ir más allá de las condiciones que se establecen a partir de la enfermedad, haciendo énfasis en el papel protagónico que tiene la familia en el desarrollo y la conformación de la configuración personal de cada individuo, en aspectos de suma importancia para su desenvolvimiento en el futuro que determina su estilo de vida, tales como la salud, los cuidados preventivos, y en el caso de la enfermedad, las formas de reacción y enfrentamiento ante esta. Este trabajo atribuye un sentido especial al aspecto preventivo de la enfermedad, no sólo dirigido a la tarea que el profesional de la salud tiene, sino a la responsabilidad que el paciente debe asumir acerca de esta posibilidad de tomar un papel más activo en su cuidado personal ante el objeto de retardar la aparición de enfermedades o en el mejor de los casos, evitar.

No se busca responsabilizar o culpar a la familia sobre el estado de enfermedad de su parentela sino dejar claro que pueden alcanzar un mayor grado de conciencia de la importancia de fomentar a través de la educación y la formación a personas más saludables y preocupadas en su bienestar, ya que la salud, en gran medida, depende de lo que se hace y lo que se deja de hacer a favor o a perjuicio de sí mismo. En algunos casos, el hecho de no haber padecido alguna enfermedad en particular, proporciona una sensación de invulnerabilidad, de creer que nunca le va a pasar; esto puede traer consigo una distracción en sus conductas que impida identificar qué hábitos son nocivos y proclives para la adquisición de dicha enfermedad. No hay necesidad de esperar los primeros síntomas y signos de alarma, que en la mayoría de los casos suceden de manera inesperada, para iniciar un cambio en los estilos de vida y en la adopción de conductas que provean de más salud.

Es importante informar a la población y hacerla entender que de manera particular, en las enfermedades crónicas no se da una gratificación inmediata por asumir conductas saludables, sino que en muchas de las veces se da de manera imperceptible, sin embargo insistir para que la gente lo tenga más presente en el momento de enfrentarse a ambas situaciones y así puedan ser las conductas saludables las que tengan mayor probabilidad de éxito de ser llevarlas a cabo.

Para ello también es necesario que se repiensen las campañas informativas que tienen por objeto la prevención de las enfermedades más suscitadas, como la diabetes, sumando a estas un sentido de promoción hacia los cambios de hábitos, enfatizando en la tarea de los padres de familia por enseñar a través del ejemplo una cultura de auto-cuidado a sus hijos desde edades tempranas, siendo éstos la población de menor edad y pueden representar la diferencia en las generaciones futuras ya que al asumir formas diferentes de cuidado, le podrán transmitir lo mismo a sus hijos a través de la educación, del modelado de conductas saludables y de un papel más activo en su cuidado e interés por la salud, así como la eliminación de barreras ideológicas construidas por creencias erróneas, dentro de las que destacan por su gran enraizamiento en nuestra cultura como por ejemplo la automedicación.

Hoy en día las escuelas hacen mucho de esta tarea en las aulas de clase, sin embargo, en la infancia el niño pasa el mayor tiempo de su vida tanto en la escuela como en la casa, por ello es que resulta tan importante que ambos contextos no se encuentren desvinculados ya que esto le puede crear una gran confusión al niño, sobre todo frente a la existencia de divergencias respecto a creencias, conductas y modos de concebir la salud y enfrentar la enfermedad. Si ambos grupos en los que pasa el niño la mayor parte del tiempo, hacen un trabajo conjunto con respecto a esta temática facilitarán que el niño crezca en un ambiente proveedor de conocimientos y herramientas para la toma de decisiones adecuadas sobre las conductas que afectan su salud.

De manera general, podemos resaltar dos ejes temáticos que le dan cuerpo a este trabajo:

- La reeducación de la persona diabética y su familia, respecto a la forma de enfrentar la enfermedad para controlarla y retardar lo más que se pueda las consecuencias derivadas de la diabetes en busca del mayor bienestar que se le pueda procurar.
- La necesidad de nuevos modos de enseñanza, desde edades tempranas, donde se fomente la adherencia terapéutica como un valor central en el cuidado personal, que reeduce, evite la enfermedad e impida que siga en ascenso la incidencia de enfermedades como la diabetes.

La adherencia terapéutica es un tema que ya se ha estudiado desde años atrás, sin embargo sigue persistiendo un alto índice de personas que no la llevan a cabo. Este hecho puede ser debido, en parte, a que casi no se le ha tomado en cuenta su papel que desempeña desde el sector familiar; dando cuenta de la importancia que la familia y el contexto social, en general, tienen con relación a la forma de abordar la problemática de salud en las personas, ya que dicho trato se empieza desde la infancia y está vinculado con la manera en la que el cuidador, en estas primeras etapas de vida, marca el seguimiento de dichos modos de tratamiento, en general, desde cómo cuida al niño ante una gripe hasta la

demostración de cómo enfrenta una enfermedad de mayores cuidados como el cáncer, por mencionar alguno.

Al parecer resulta imposible tratar de hacer cambios conductuales cuando éstos se encuentran sostenidos por una red más amplia y determinante como son los estilos de vida, constructos de largos años de experiencias personales. Al tratar de hacer un cambio conductual, pareciera sólo afectar la superficie del problema, implicando mayor trabajo y dificultad al ser incorporado dicho cambio a los hábitos y costumbres de la persona sin que ésta entienda, del todo, la razón de tal implementación forzada por las circunstancias.

Consideremos también que la búsqueda de maneras diferentes de entender la adherencia terapéutica que consigan influir a través de mayores resultados beneficios a la persona misma, su familia y a la misma Institución de Salud Pública que hasta ahora tiene que destinar gran parte de su capital monetario en el tratamiento de la diabetes y sus derivadas consecuencias.

Finalmente recordemos que las conductas de riesgo no aparecen de un día a otro sino que son un conjunto de condiciones que hacen más proclive a la persona de tomar ese camino y seguir o romper con toda una serie de eslabones de dicha cadena de condiciones. Por lo tanto, la mejor herramienta que le podemos dar a la población mexicana es la posibilidad de combatir, en lo posible, los factores externos que estén a su alcance, poner un alto a factores que pongan en riesgo una larga vida, a través de la prevención y la promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar G. E. (1990). Cartas a un diabético. *Como prolongar la vida saludable*. México: Trillas, 15-21.

Amigo, I., Fernández, C. y Pérez M. (1998), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, 19-32, 271-289, 297-350.

Andolfi, M. (1990). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós

Bosch E., y Ferrer V. (2001). El análisis de género: una revisión necesaria en psicología social de la salud. *Psicología de la salud*, 11, (1), 5-16.

Bouché J. (2002). La salud en las culturas. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*. España. Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red:
<http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:EducacionXXI-C9178192-3DDA-F2B9-5784-6E8EDFD1A5B3>

Brito, G. (2004c). *Alimentación en la diabetes: una guía práctica para la prevención y el tratamiento*. México: Mc Graw-Hill, 13-126.

Buendía (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Editorial Pirámide, 138-160.

Córdoba, B; Sapién, L; Rosas, B. y Hernández, L. (2007) Experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familiares. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 12 (1), 27-35.

Cerezo R., S. (2001). *La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. México, FES-Iztacala, UNAM.

Del Río Z. A., Rodríguez M. Y., Robledo V. C. y Blas R. I. (2008) *Incorporación de la Perspectiva de Género en los Programas Prioritarios de Salud: El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México*. Secretaría de Salud, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Díaz Guerrero R. (1979). *Estudios de Psicología del Mexicano*. México: Trillas.

Fernández y Pérez (1996). En: Buena-Casal, G., Caballo y Sierra (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI de España Editores, 3-17, 873-938.

González (1997). Aspectos históricos de la familia en la ciudad de México. En: Solís P., L. (1997). *La familia en la ciudad de México. Presente, pasado y devenir*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Hernández, A. (1998). La comunicación Grupal. En: Canto, O.J. (1998), *Psicología de los grupos: Estructura y procesos*. Málaga. Ed. Aljibe.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2006). *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2006*. Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, 36-40.

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2008). *Estadísticas de mortalidad*. En red: <http://www.inegi.org.mx/>

Juárez M., A. (2001). *Estudio de la estructura familiar del diabético y tratamiento a nivel familiar*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. México, FES-Iztacala, UNAM.

Kagan (1987). *El niño hoy, Desarrollo humano y familia*. España: Espasa Universidad.

Labiano (2004). Introducción a la Psicología de la Salud. En: Oblitas, L. A., (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. México: Thomson Learning, 4-131.

Latorre, J. M. y Beneit, P. J (1992). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los Profesionales de la Salud*. Argentina: Lumen, 17- 235.

León del Villar A. (2002). *Propuestas para mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. México, FES-Iztacala, UNAM.

León, J. M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., y Herrera I. M. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial UOC, 16-169.

Macias, R. (1995). *La familia. Antología de sexualidad Humana*. México CONAPO. Pág.165- 198.

Martínez, B. y Torres L. E., (2007) Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología de la Salud*, 17. (2), 229-240.

Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el Seguimiento de los Tratamientos Terapéuticos. Guía Práctica para los Profesionales de la Salud*. Editorial Desclée de Brouwer, 20-130.

Méndez, F. X. y Meléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*. 10(2), 189-198. Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/09-10_2.pdf

Mestre, Samper, Tur y Díez (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 54 (4), 691-703.

National Institutes of Health (2009). *National Diabetes Information Clearinghouse*. NIH Publication No. 09– 4282S. En red: http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/complications_feet/Feet-SP.pdf

Newman y Newman (1991). *Desarrollo del niño*. Noriega Limusa. Pp.48-55.

Oblitas, L. A., (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thomson Learning.

Orgilés, M., Espada, J., y Méndez F. X. (2003) Adherencia al tratamiento. En: Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide, 73-284.

Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*. 135 (5). Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000500014&script=sci_arttext

Peralta (2003). En: Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. y Deus J. (2003). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza editorial, 31-43, 210-235.

Perea Q. (2002). La Educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Universidad Nacional de Educación a Distancia. España*. Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red: www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-01.pdf

Pérez, M. y Fernández, C. (1992). Programa para la adhesión al tratamiento en diabéticos ciegos. En: Macia, D., Méndez, F. X. y Olivares J. (1992). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide, 351-359.

Robledo de Dios, M.L. (1992). Familia y Enfermedad. En: Latorre J. M. y Beneit, P. J (1992). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los Profesionales de la Salud*. Argentina: Lumen, 193- 235.

Salazar M., S. (2006). *Estilos de crianza y cuidado infantil en Santiago de Chile. Algunas reflexiones para comprender la violencia educativa en la infancia*. Asociación Chilena Pro Naciones Unidas-ACHNU-PRODENI.

Salles y Tuirán (1997). Mitos y creencias sobre la vida familiar. En: Solís P., L. (1997). *La familia en la ciudad de México. Presente, pasado y devenir*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Sánchez (1985). La adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo en salud mental. *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México*. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco (Gro.), México. Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red:

<http://www.saptel.org.mx/Articulos/AdherenciaTerapeutica.pdf>

Sanmartí, A. M., Lucas A. y Salinas I. (1991). *Lo fundamental en diabetes...* Barcelona: Ediciones Doyma, págs. 1- 13.

Solís P., L. (1997). *La familia en la ciudad de México. Presente, pasado y devenir*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Vinaccia y Orozco (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Revista Diversitas*. Vol.1, No.2. págs. 125-137. Recuperado el 2 de diciembre de 2009. En red: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089828>

Zaldivar y Zavala (2003). *Estudio de la estructura familiar mexicana y su influencia en el desarrollo de conductas delictivas en un grupo de internos del reclusorio preventivo varonil oriente durante el periodo de noviembre 1991-mayo 1992*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. México, FES-Iztacala, UNAM.