



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Análisis de la utilización de la autoeficacia como estrategia preventiva en Diabetes Mellitus”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A(N)

**Violeta Carolina Salgado Garduño**

Directora: **Mtra. María Cristina Bravo González**

Dictaminadores: **Lic. José Esteban Vaquero Cázares**

**Lic. Edy Ávila Ramos**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



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.

## *Agradecimiento*

*A la maestra **Cristina Bravo** por darme la oportunidad de cumplir esta meta, guiarme, dedicar su tiempo y conocimiento incondicionalmente. Gracias.*

## *Dedicatoria*

*A **Díos** por permitirme vivir esta experiencia, que aún con varias adversidades en el camino, siempre me acompañó, cobijó e hicieron más fuerte.*

*A mi **Mamá**, por darme la vida y creer en mí, tu apoyo ha sido muy importante para cumplir esta meta, cada palabra tuya me fortalece, siempre te llevo en mi mente y corazón.*

*A mi amor y mejor amigo **Marlom**, por tu amor y apoyo, por convertir mis días difíciles en experiencias de madurez y aprendizaje, transformar mis lágrimas en sonrisas, por estar conmigo en un logro más, Te amo.*

*A mi hermano **Fabián**, aunque pensamos diferente, me brindó su cariño, críticas y apoyo durante la licenciatura, haciendo mis días más claros.*

# ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. Psicología de la salud.....	10
1.1. Antecedentes de la psicología de la salud.....	10
1.2. Definición de la psicología de la salud.....	14
1.2.1. Diferencia entre psicología de la salud y medicina comportamental....	16
1.3. Modelos explicativos en psicología de la salud.....	17
1.4. Funciones profesionales del psicólogo de la salud.....	25
Capítulo 2. Diabetes Mellitus como enfermedad crónica.....	29
2.1. Enfermedades crónicas.....	29
2.2. Características de las enfermedades crónicas.....	30
2.3. Definición de la Diabetes Mellitus.....	31
2.3.1. Etiología y factores de riesgo de la Diabetes Mellitus.....	32
2.3.2. Clasificación de la Diabetes Mellitus.....	34
2.4. Métodos de diagnóstico de la Diabetes Mellitus.....	36
2.4.1. Tratamiento de la Diabetes Mellitus.....	38
2.4.2. Complicaciones médicas de la Diabetes Mellitus.....	41
2.4.3. Implicaciones psicológicas de la Diabetes Mellitus.....	43

Capítulo 3. Prevención de la Diabetes Mellitus.....	46
3.1. Definición de prevención.....	46
3.2. Tipos de prevención.....	47
3.2.1. Prevención primaria.....	48
3.2.2. Prevención secundaria.....	50
3.2.3. Prevención terciaria.....	51
3.2.4. Prevención cuaternaria.....	51
3.3. Estrategias de prevención de la Diabetes Mellitus.....	54
Capítulo 4. La autoeficacia como estrategia preventiva en Diabetes Mellitus.....	58
4.1. Antecedentes teóricos de la autoeficacia.....	58
4.2. Definición de autoeficacia.....	62
4.2.1. Componentes de la autoeficacia.....	64
4.3. Modelos explicativos de la autoeficacia.....	67
4.4. Evidencia empírica de la relación de autoeficacia y Diabetes Mellitus.....	72
Análisis y conclusiones.....	78
Bibliografía.....	83

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la utilización de la autoeficacia como estrategia preventiva en Diabetes Mellitus, para lo cual se manejan conceptos tales como la autoeficacia considerada como “la convicción de que se tendrá éxito al llevar a cabo la conducta en cuestión, la confianza en los resultados que tiene una persona al decidir cambiar o mantener cierta acción o conducta” (Devellis y Devellis, 2000). Tal convicción influye en cómo la persona encara los desafíos y las metas que se plantea, el grado de esfuerzo que invierte en lograrlas, los resultados que espera alcanzar y la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos, lo cual indica de qué manera previenen y afrontan una enfermedad las personas, en este caso la Diabetes Mellitus, la cual tiene una estrecha relación con conductas de alimentación y actividad física, que a pesar de la información que se tenga, no se llevan a cabo las conductas adecuadas; existen pensamientos disfuncionales sobre nuestra capacidad para llevar a cabo conductas de autocuidado, que se reflejan en el descuido e incapacidad de modificar nuestro estilo de vida, sobretodo en población vulnerable (genética, entorno familiar, social o personal (hábitos, alimentación inadecuada), sedentarismo, preocupación o estrés constante, falta de información o bien información errónea o distorsionada de la enfermedad, entre otros). Durante el desarrollo del presente trabajo se toma en cuenta los cuatro tipos de prevención, esto es a partir de población susceptible pero que aún no presenta la diabetes (primaria), personas que presentan diabetes y se busca un diagnóstico y tratamiento precoz (secundaria), población que presenta diabetes y se pretende rehabilitar y prevenir las complicaciones a largo plazo (terciaria) y la cuaternaria, la cual se enfoca en atenuar o evitar actividad innecesaria o excesiva de los cuidados médicos y sobretratamiento. Finalmente se pretende ampliar el conocimiento de la psicología de la salud, y avanzar en cuanto a la aplicación y promoción de la salud mental de la población, ya que ésta suele generalizarse y repercutir en más aspectos como la salud física, social, familiar y económica.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo inicia con la creación y establecimiento de la psicología de la salud, cómo fue modificándose y adquiriendo importancia, así como los modelos explicativos y las funciones profesionales que lleva a cabo el psicólogo en este ámbito, estas se enfocan en estrategias de intervención en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y mejora en la salud, mediante la investigación, evaluación, intervención, aplicación y tratamiento, considerando la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano, y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos” (Organización Mundial de la Salud, 1948, en Shelley, 2007, pág. 4), y de esta manera promoviendo un equipo interdisciplinario, que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, y el cuidado de la enfermedad.

En la actualidad, las enfermedades crónicas cobran importancia ya que se pueden aplazar o prevenir, y tienen en su mayoría relación directa con la conducta de las personas, un buen ejemplo de esto, es la Diabetes Mellitus.

Uno de los temas centrales del presente trabajo es la prevención de ésta, retomando su importancia a partir del compromiso que tenemos como psicólogos de optimizar la salud de las personas, especialmente la psicológica, la cual repercutirá en la conducta funcional respecto a su salud. La prevención en general se divide en cuatro tipos: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, siendo cada una importante, abarcando desde la detección y acción a personas de mayor riesgo y susceptibilidad a la enfermedad, el diagnóstico precoz y tratamiento efectivo evitando recaídas, hasta la rehabilitación en gran escala de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva, asimismo evitando excesos de cuidados médicos y sobretratamiento innecesario.

Por lo tanto, y de acuerdo al objetivo del presente trabajo el cual se enfoca al análisis de la utilización de la autoeficacia como estrategia preventiva de la Diabetes Mellitus, tenemos la estrategia de autoeficacia como herramienta fundamental en la prevención en cualquiera de sus etapas (primaria, secundaria o terciaria) en Diabetes Mellitus. De esta manera, primeramente se establecen los antecedentes teóricos de la autoeficacia, la definición de ésta en palabras de Bandura como el “juicio personal sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados” (Bandura, 1986; pág. 391, en Devellis, 2000), asimismo definiciones de autores como Baessler y Schwarzer (1996, en Rueda y Pérez, 2004), Flores (2007) y Devellis y Devellis (2000) los cuales coinciden con Bandura.

De esta manera resalta cómo las creencias de autoeficacia presentan gran influencia en el ser humano, ya que actúan sobre sus pensamientos (cogniciones), sentimientos (afecto y motivación) y comportamientos (Bandura, 1997).

Asimismo, se muestran los componentes de la autoeficacia los cuales son: contingencias directas al desempeño, experiencias vicarias (modelos sociales), persuasión social y aspecto emocional, los cuales son notables en la creación de estrategias que fomenten o aumenten la autoeficacia de las personas. Así como los modelos explicativos, en los cuales el funcionamiento humano, en general, es regulado por las creencias de eficacia, mediante cuatro procesos: cognitivo, motivacional, afectivo y selectivo.

Finalmente se expone evidencia empírica de la relación de Autoeficacia y Diabetes Mellitus, en los cuales se pone énfasis en la participación interdisciplinaria de los profesionales de la salud. Entre ellos los psicólogos, los cuales pueden aportar soluciones en el campo de la salud y particularmente en el control de la diabetes, que como se menciona, el surgimiento de dicha enfermedad, tiene relación directa con el estilo de vida de las personas, los cuales son hábitos que se traducen en creencias y conductas, la mayoría disfuncionales, que va adquiriendo la población y en las cuales es necesario trabajar, dotando al paciente de competencias de tipo extrasituacional que se traduzcan en la eliminación de sus conductas de riesgo,

así como el establecimiento de conductas preventivas, evitando situaciones que favorecen prácticas no saludables, hasta habilidades para interactuar de manera efectiva con las contingencias situacionales de su vida cotidiana.

De este modo, es como se expone el presente trabajo, con la finalidad de ampliar el conocimiento de la psicología de la salud, enfocándose a un aspecto tan importante como es la prevención, y una enfermedad que ocupa las primeras causas de muerte en nuestro país, como es la diabetes.

# 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

## 1.1. Antecedentes de la psicología de la salud

Históricamente, los filósofos han dudado entre dos puntos de vista, el que considera que mente y cuerpo son parte de un mismo sistema, y aquel que habla de que son dos entidades separadas. Así, en tiempos antiguos la mente y el cuerpo eran considerados una unidad; algunas culturas concebían que las enfermedades surgían cuando los espíritus malignos entraban al cuerpo y que dichos espíritus debían ser exorcizados a través de un proceso y tratamiento (Shelley, 2007).

Los griegos, concebidos como una cultura antigua, identificaron el rol del funcionamiento corporal dentro de la salud y enfermedad. Por lo que en lugar de adjudicar la enfermedad a los espíritus malignos, desarrollaron una teoría “humoral” de los padecimientos que fue propuesta en primera instancia por Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.) y más tarde ampliada por Galeno (129 d.C. - 199 d.C.). De acuerdo con esta teoría, las enfermedades surgen cuando los cuatro fluidos circulantes del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas) se encuentran en desequilibrio. En esencia, los griegos adjudicaban los padecimientos y enfermedades a factores corporales, y creían que dichos factores podían tener impacto sobre la mente (Fernández, Pérez y Amigo, 2009; Shelley, 2007).

Durante la alta y baja Edad Media, se fue produciendo un cambio en esta concepción naturalista, especialmente dentro del mundo occidental. Cada vez adquiría más prestigio el enfoque espiritualista de la enfermedad, debido, entre otras razones, a que la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la Iglesia Católica. La enfermedad se comenzó a ver como el resultado de la violación de una ley divina. En parte, la curación era vista como resultado de la fe

y el arrepentimiento del pecado. Por lo que muchos sacerdotes se dedicaban a la práctica médica (Fernández et al., 2009; Shelley, 2007).

Iniciando el Renacimiento y continuando hasta la actualidad, grandes avances se han logrado en las bases tecnológicas de la práctica médica. Dentro de éstos Shelley (2007) menciona que los trabajos de Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) con el microscopio y los de Giovanni Morgagni (1682-1771) con autopsias; sentaron las bases para el rechazo de la teoría de los humores como base de las enfermedades. Por lo que esta aproximación humoral fue finalmente desechada ante el creciente entendimiento científico de la patología celular (Kaplan, 1975 en Shelley, 2007).

Como resultado de tales avances, la medicina se acercó cada vez más a los laboratorios médicos y a los factores corporales, más que a la mente, como base para un progreso médico, por lo que la concepción dualista de la mente y cuerpo fue reforzada, hasta lograr que el médico fuese el guardián del cuerpo y que los filósofos y los teólogos fuesen los guardianes de la mente. Por lo que en los trescientos años siguientes, mientras los médicos se enfocaban principalmente en los cambios orgánicos, celulares y en la patología, como la base para sus inferencias médicas, la evidencia fisiológica se convirtió en la base sólida para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Kaplan, 1975 en Shelley, 2007; Fernández et al., 2009).

De esta manera, durante el Renacimiento se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, cambió la historia de la medicina y permitió la aparición, consolidación y absoluta primacía del modelo biomédico, el cual encontró su mejor fundamento en las doctrinas del dualismo mente-cuerpo, cuyo principal representante es René Descartes. De esta manera, Fernández et al., (2009) mencionan que el modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos. El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El segundo principio es el del reduccionismo, el cual asume que todo proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y

químicas, se aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos. Por lo que desde esta perspectiva, la salud y enfermedad son vistas como una cuestión bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales y psicológicos.

Sin embargo, Bennet y Morrison (2008) y Shelley (2007) exponen que esta perspectiva comenzó a cambiar con el surgimiento de la psicología moderna, particularmente con los trabajos del médico y posteriormente psicoanalista Sigmund Freud en las décadas de 1920 y 1930 sobre la histeria conversiva. En el cual según Freud, los conflictos inconscientes específicos pueden producir padecimientos físicos específicos que simbolizan el conflicto psicológico reprimido. En la histeria conversiva, el paciente convierte el conflicto en un síntoma a través del sistema nervioso voluntario; por tanto el o la paciente pareciera liberarse de la ansiedad que el conflicto pudiese producir. De esta manera los trabajos de Freud llevaron al desarrollo del campo de la medicina psicosomática tal y como se conoce en la actualidad, en la que determinada personalidad provocaría determinada enfermedad.

Sumado a lo anterior y con los avances que hasta ese entonces se habían realizado, Ballester (1997) da a conocer que la primera acción semioficial de la psicología organizada, concretamente de la APA, mantenida en diciembre de 1911, consideraron cómo la psicología podía contribuir a la educación y práctica médica. Por lo que la APA creó una comisión para inspeccionar la situación y las actitudes existentes en el momento, respecto a la enseñanza de la psicología en las facultades de medicina. De esta forma autores como Watson manifestaron la importancia de una formación psicológica a los estudiantes de medicina que les permitiera comprender que su objeto de estudio era la globalidad de la persona y no simplemente un órgano o lesión. Por lo que Watson mencionó que independientemente de que el estudiante de medicina se especialice, sus sujetos son seres humanos y no meramente objetos sobre lo que puede demostrar su habilidad. Sin embargo, no muy diferente ha como ocurre en la actualidad, se pudo comprobar que sólo menos de un tercio de las facultades de medicina

estaban dando esta formación psicológica y menos de un 10% indicaban tener a psicólogos enseñando a estudiantes de medicina en Estados Unidos.

Sin embargo, a pesar de cierto rechazo por incluir a la psicología dentro del ámbito médico, a finales de los años 50, se publicaron los primeros trabajos para estudiar el impacto de la preparación psicológica de pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente. Rodin y Stone, que escribían para la *Psychological Abstracts* en los años 50 y 60, publicaron 136 artículos que cubrían temas relacionados con la psicología de la salud, por ejemplo: los efectos de la personalidad o los estados en la salud física, relación del dolor con variables psicosociales, adherencia a los tratamientos médicos, actitudes y relaciones con la salud, conductas de salud relacionadas con la sexualidad. En esos años, concretamente 1969, William Schofield publicó un artículo en el *American Psychologist* que desencadenó un período de rápido desarrollo de la Psicología de la Salud. La consecuencia más importante del artículo de Schofield fue la designación por parte de la APA en 1973 de un grupo de trabajo dirigido por el mismo Schofield sobre la investigación en salud, denominado *Task Force on Health Research* (Ballester, 1997). El encargo que la APA realizó al director del grupo de trabajo fue “recoger, organizar y difundir información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud” (APA, 1976 en Ballester, 1997).

De esta manera al comprobar en poco tiempo el rápido crecimiento del área, pensaron que el desarrollo de esta disciplina sería mayor si se consideraba como división independiente, por lo que en 1978 se dividió. Y para 1979 Adler, Cohen y Stone elaboraron el primer manual de Psicología de la Salud (Ballester, 1997).

Algunas de las razones del crecimiento de la psicología clínica de la salud a partir del decenio de 1980-1989, mencionan Fernández et. al, (2009) y Reynoso y Seligson (2005) que se debe a la insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad; así como la importancia que se le dio a la calidad de vida y a la prevención de la enfermedad; y el importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico degenerativas como principales causas de mortalidad, lo cual se abocó a

la atención en los estilos de vida saludables y el incremento en la investigación aplicada sobre estos problemas.

Así es como las enfermedades crónicas han permitido el crecimiento de la psicología de la salud; primero éstas son enfermedades en las cuales los factores psicológicos y sociales están relacionados con las causas y se busca el desarrollo de intervenciones para modificar dichas causas, en especial los hábitos de salud personal. Segundo, los psicólogos de la salud ayudan al enfermo crónico a ajustarse psicológica y socialmente a su cambiante estado de salud, desarrollar regímenes de tratamiento, la mayoría de los cuales involucran autocuidado. Y tercero, los psicólogos de la salud ponen especial énfasis en la prevención, modificando comportamientos que ponen en riesgo a las personas mucho antes que enfermen (Shelley, 2007).

## **1.2. Definición de la psicología de la salud**

La salud depende no sólo de lo que el sujeto tiene o no tiene, sino también de lo que hace o deja de hacer. Lo cual hace referencia a las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud (Fernández et al., 2009).

El Informe Lalonde, del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá en 1974, definió las variables que determinan la salud o enfermedad: biología humana (genética y envejecimiento), medio ambiente (contaminación física, química, biológica, aspectos psicológicos y socioculturales), estilos de vida (conductas) y sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura o acceso, gratuidad) (Labiano, 2009).

De acuerdo a lo anterior, se confirma la importancia de considerar en la salud varios aspectos que rodean y son parte de la persona, así también lo define la OMS en 1948 como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano, y no sólo la ausencia de enfermedades o

padecimientos” (Organización Mundial de la Salud, 1948 en Shelley, 2007, pág. 4). Siendo la definición anterior un fundamento importante en el campo de la psicología de la salud.

La psicología de la salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman, así como la promoción de intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o reponerse de las enfermedades (Shelley, 2007). Es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud y el cuidado de la enfermedad (Evans, Woodall, Willing, Sykes, Marks y Murray, 2008). Así mismo, Brannon y Feist (2001) determinan que la psicología de la salud contribuye tanto a la medicina conductual como a la salud conductual; mencionan que se trata del estudio científico del comportamiento relacionado con la mejora de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

Con base a lo anterior, la psicología de la salud pone de manifiesto a la salud como un asunto social; es decir depende de factores socioculturales (Ballesteros, Herrera, León, Barriga y Medina, 2004). En las que son necesarias las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología para la promoción, mantenimiento, prevención, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, así como la etiología, el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud (Matarazzo, 1982, en Evans et al., 2008).

De esta manera, la salud se considera el logro más alto de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas, culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y la colectividad, la cual depende de diversos factores, que se encuentran relacionados unos a otros y al mismo tiempo son conductas que contribuyen a que las personas enfermen, y comportamientos que logran preservar la salud, mismos que a lo largo de nuestra vida vamos adoptando y que en su mayoría es necesario modificar (Ballesteros et al., 2004).

Así, la psicología de la salud se diferencia de otras disciplinas y especialidades en que ésta aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental; la cual, nos permite trabajar con las cogniciones, emociones y comportamientos de las personas en relación con su salud.

### **1.2.1. Diferencia entre psicología de la salud y medicina comportamental**

La medicina comportamental es un área muy cercana a la psicología de la salud. Birk en 1973 introdujo el término, el cual nace asociado a los procedimientos de retroalimentación biológica. Esta tecnología, la cual es de tipo electromiográfica, termal, de respuesta galvánica de la piel, de ondas cerebrales, etc., fue desde el inicio el procedimiento central empleado por la medicina comportamental. También diversos procedimientos de relajación, técnicas respiratorias y de meditación, métodos de modificación de conducta y todo tipo de procedimientos de autocontrol han sido utilizados en este campo (Labiano, 2009). La retroalimentación biológica demostró ser un instrumento útil para lograr control voluntario sobre varios sistemas fisiológicos, facilitando procesos de autorregulación. En sus comienzos puso en evidencia que el sistema nervioso autónomo era susceptible de ser modificado por influencia voluntaria (Labiano, 2009).

La medicina conductual es un amplio campo de integración de conocimientos procedentes de diferentes disciplinas, entre las que cabe destacar las biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología, etc.), por una parte, y las psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología, etc.), por otra, relativas a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Godoy, 1991 en Calatayud, 1999).

De este modo y con base a las definiciones e implicaciones de la psicología de la salud y la medicina comportamental, Calatayud (1999) menciona que la característica definitoria fundamental de la medicina conductual es la

interdisciplinaria, esto es, el conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad física. Lo cual es entendido como el campo resultante de la aplicación de los conocimientos procedentes de la psicología experimental a la práctica médica, esto es, la aplicación de las técnicas de terapia y modificación de conducta en la prevención y tratamiento de la enfermedad física, quedando fuera técnicas no conductuales, así como problemas de naturaleza no física.

Mientras, Taylor (1995, en Calatayud, 1999) refiere que el campo de la psicología de la salud está dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en torno a la salud, en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos; siendo su objetivo estudiar la salud e intervenir para lograr la prevención de la enfermedad.

De esta manera, la medicina conductual es un campo interdisciplinario que estudia el desarrollo y la integración de ciencias del comportamiento y biomédicas, siendo un campo más amplio; mientras que la psicología de la salud es un campo de la psicología especializado en las atribuciones psicológicas de las personas relacionado con la mejora de la salud. Así mismo, Fernández et al., (2009) señala que mientras la medicina conductual parece centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se preocupa, especialmente, del ámbito de la prevención.

### **1.3. Modelos explicativos en psicología de la salud**

Entre las razones que suelen argüirse para explicar la emergencia de la psicología de la salud, Ballesteros et al., (2004) menciona que se encuentran las razones teóricas, las cuales se refieren a la evolución de la concepción de salud, en donde se pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial, y por tanto una colaboración interdisciplinaria. Las razones epidemiológicas, se refieren al cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad acontecido en el siglo XX en los países desarrollados, ya

que el origen de estos trastornos crónicos tienen relación con factores de carácter social y psicológico, el estrés de la vida cotidiana y los comportamientos que expresan nuestros estilos de vida; ya que la salud depende también de cómo la persona interpreta, siente y responde a las distintas demandas de su vida. De esta manera las razones prácticas, hacen referencia al elevado costo médico, y falta de efectividad para resolver las demandas que el mundo desarrollado tiene planteadas hoy día; ya que las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación.

De acuerdo con Evans et al., (2008) la teoría de la psicología de la salud consiste en tres grandes tipos que varían según su nivel de generalidad, estos son: marcos de referencia, teorías y modelos. Los marcos de referencia se refieren a un sistema completo de pensamientos sobre un campo de investigación, son más flexibles y menos desarrollados, pero su objetivo es que su aplicación sea general. Este marco de referencia posee una estructura con múltiples capas, siendo que en el centro se considera la edad, sexo y factores hereditarios; en el nivel uno, factores del estilo de vida individual; el nivel dos, influencias sociales y comunitarias; nivel tres, condiciones de vida y de empleo; nivel cuatro, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

El siguiente nivel de generalidad en la construcción de la teoría es esta misma. Gran parte de la teoría actual tiene el propósito de cumplir los criterios científicos de predicción exacta y verificabilidad. Algunos ejemplos de teorías de la psicología de la salud son aquellas que se ocupan principalmente de los recursos psicológicos necesarios para enfrentar con eficiencia las circunstancias cambiantes ocasionadas por acontecimientos importantes de la vida, como la enfermedad (Evans et al., 2008).

Finalmente, el tercer nivel del cual hablan Evans et al., (2008) son los modelos de diagramas de flujo en tres niveles distintos: el nivel teórico, consistente en los elementos que lo construyen y las relaciones causales; el nivel de medición, el cual contiene las variables que se trazan sobre los factores constituyentes; y el

nivel estadístico, indicador de las relaciones estadísticas entre las variables sobre las relaciones teóricas.

Por otra parte, Ballesteros et al., (2004) dan a conocer que existen múltiples y diversos modelos explicativos acerca de por qué las personas ponen en práctica conductas de salud y sobre cómo desarrollar de forma eficaz hábitos de salud. De esta manera, toma en cuenta dos rúbricas: los modelos y teorías de la expectativa valor, y los modelos y teorías de la autorregulación del comportamiento.

Dentro de los modelos y teorías de la expectativa valor, se encuentra la teoría de la acción razonada y la conducta planeada, teoría de la motivación protectora, y el modelo de creencias sobre la salud, el cual es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud, fue originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades; fue formulado por Hochbaum en 1958 y reformulado por Rosenstock y Kirsch en 1982, siendo el modelo que ha tenido mayor eco entre los psicólogos de la salud, el cual se aplica con más o menos éxito a la explicación y predicción de una amplia gama de comportamientos de la salud: para evitar o disminuir comportamientos de riesgo, tales como fumar, beber alcohol y consumir drogas como la cocaína o la heroína; asimismo para instaurar o aumentar comportamientos protectores de la salud tales como: utilizar equipos de seguridad y protección en el trabajo, realizar ejercicio de forma regular, alimentarse de forma saludable, mantener relaciones sexuales seguras, exámenes médicos periódicos, por mencionar algunas (Ballesteros et al., 2004).

Se fundamenta en la teoría del valor esperado y en las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Sugiriendo que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de salud (motivación de salud) y de las percepciones sobre la susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad, la gravedad percibida de las

consecuencias en caso de contraerla, beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas, y los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas, de llevar a cabo la acción (Ballesteros et al., 2004). Asimismo, mencionan Rosenstock, Becker y Strecher (1994) que es necesario tomar en cuenta una serie de factores modificadores como son los culturales, sociodemográficos, que pueden influir en el proceso.

Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables (Rosenstock et al., 1994).

También se encuentra la teoría de la acción razonada y la conducta planeada, la primera intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Establece que una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la intención que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Esta intención comportamental estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y el otro que es reflejo de la influencia social (norma subjetiva) (Fishbein, Middlestadt y Hitchcock, 1994).

Las actitudes hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen a su vez de la percepción de las consecuencias, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados. Por otro lado, la norma subjetiva se define como la percepción de la persona sobre las presiones

sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las valoraciones sociales que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas (Fishbein et al., 1994).

En síntesis, el modelo de la acción razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva) (Fishbein y Ajzen, 1967, en Fishbein et al., 1994).

La teoría de la conducta planeada es una extensión de la teoría de acción razonada desarrollada por Ajzen. Este elemento afecta directamente a las intenciones e indirectamente a la conducta, sin embargo, se siguen retomando los factores de la teoría de acción razonada, tales como la norma subjetiva y las actitudes, pero articulado con la percepción de control conductual (Adams y Bromley, 1998; Fisher y Fisher, 2000).

La norma subjetiva se ve influenciada por las creencias normativas y la motivación para conformarse, y las actitudes se ven afectadas por las creencias de las personas y las evaluaciones de la posible conducta. Estos dos elementos ejercen control sobre las intenciones, y el nuevo constructo de “control conductual percibido”, que a su vez se relaciona con las intenciones y con la conducta preventiva. Bajo esta teoría se cree que existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos, o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta, por ende se incluyó dicho elemento (control conductual percibido) para tratar de ejercer control sobre las acciones (Adams y Bromley, 1998; Fisher y Fisher, 2000).

Finalmente, la teoría de la motivación protectora, sostiene que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de salud puede aumentarse haciendo que éste perciba que su salud está seriamente amenazada,

pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un coste muy bajo para reducir su riesgo de enfermar. Así, una vez establecida esta motivación protectora, ésta actuaría para prevenir la enfermedad, promoviendo la práctica de distintos comportamientos relacionados con la salud. Entre las dos variables que interaccionan entre sí, de forma aditiva, para determinar la fuerza de la motivación de protección es la apreciación de la amenaza, la cual resulta de restar a las ventajas de la respuesta desadaptativa el miedo a enfermar, y la evaluación de la respuesta de afrontamiento, el cual es el resultado de restar a la eficacia de la respuesta y de la persona (autoeficacia) los costes de dicha respuesta adaptativa (Ballesteros et al., 2004).

De esta manera, el miedo que se infunde a las personas al hacerles ver las graves consecuencias que se derivarían de hacer o no determinadas conductas relacionadas con la salud ha sido propuesto por Rogers en 1983, y Harris y Middleton en 1995, como uno de los factores determinantes de la motivación que lleva a las personas a protegerse de cualquier daño.

Por otra parte, Ballesteros et al., (2004) expone dentro de la segunda rúbrica de los modelos y teorías de la autorregulación del comportamiento: el modelo del proceso de la adopción de precauciones, el proceso de acción a favor de la salud, y la teoría de la acción social.

Dentro de esta rúbrica, el concepto de autoeficacia, sobresale como uno de los principales factores cognitivos que regulan la adopción de conductas favorecedoras de la salud y la eliminación de conductas perjudiciales para la misma. Ballesteros et al., (2004) mencionan que este concepto forma parte de los modelos más recientes sobre los comportamientos relacionados con la salud.

De esta manera, el modelo del proceso de la adopción de precauciones, enunciado por Weinstein (1988, en Ballesteros et al., 2004) supone que cuando las personas se enfrentan a la necesidad de adoptar comportamientos protectores de la salud, atraviesan siete etapas de creencias respecto a su propia

susceptibilidad. Cada una de estas etapas representa una ecuación combinatoria particular de variables que pueden influir en las acciones de cada individuo.

Las siete etapas que las personas atraviesan en su disposición de adoptar un comportamiento orientado a la salud son: que las personas no tienen información acerca de que su comportamiento sea peligroso para la salud y, por tanto, no son conscientes del riesgo; adquieren conciencia del riesgo y creen que otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista; reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución podría ser eficaz en su caso, pero aún no se han decidido a entrar en acción; deciden pasar a la acción, pero paralelamente, deciden que dicha acción es innecesaria; adoptan las precauciones destinadas a reducir el riesgo; y mantienen la precaución en caso de resultar necesario. De este modo, antes de entrar en acción, las personas deben superar el sesgo optimista y tener la percepción de que los beneficios relativos de las precauciones son muy superiores a los costes asociados a ellas (Ballesteros et al., 2004).

Respecto al proceso de acción a favor de la salud, Schwarzer (1992) considera que la adopción de precauciones o el cambio de hábitos de riesgo para la salud debe ser vista como un proceso de autorregulación divisible en varios estadios; uno de motivación, en el que se forma la intención de cambio, y otro de acción o mantenimiento.

La formación de una meta o intención de conducta está influida por tres grupos de variables cognoscitivas: percepciones de riesgo, las expectativas de resultados, y la autoeficacia percibida. Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico; en ocasiones estas percepciones de riesgo están distorsionadas y reflejan un sesgo optimista que conduce a subestimar el riesgo objetivo. De este modo, las expectativas de resultados representan el conocimiento de que un determinado comportamiento conduce a unos determinados resultados, es decir, son las creencias específicas acerca de la contingencia conducta-resultados. Asimismo determinan la intención, de forma directa, o indirecta a través de la

autoeficacia percibida (Schwarzer 1992). Sin embargo, mencionan Ballesteros et al., (2004) que la formación de una intención de conducta no garantiza que la persona adopte esta última.

Ballesteros et al., (2004) y Rodríguez y Neipp (2008) mencionan que la fase de motivación, en la que se forma la intención de cambio, y de acción o mantenimiento, están determinadas por el carácter conductual (plan de actuación), carácter cognitivo (autoeficacia o control de la acción), y el carácter situacional, que hace referencia a las barreras y recursos externos. Considerando que el factor central es el cognitivo que instiga y controla la acción. De este modo, las creencias de autoeficacia ayudan a la persona a generar diferentes maneras de llevar a cabo la acción deseada, acrecentando su capacidad para evaluar cuál de las diferentes alternativas dará mejor resultado.

Ballesteros et al., (2004) y Rodríguez y Neipp (2008) finalmente mencionan que una vez que se ha iniciado la acción, se debe mantener, por lo que el control de la acción estará vinculado al sentido de autoeficacia, determinando esta variable la cantidad de esfuerzo y el tiempo que la persona deberá invertir para superar los obstáculos, hasta alcanzar la meta deseada. Además, el modelo asume que la clave para un exitoso control de la acción es el autorreforzamiento, siendo que la persona centra su atención en recompensas a corto plazo derivadas del cambio mismo, habiendo más probabilidad de que el cambio sea duradero.

Respecto a la teoría de la acción social, propuesta por Ewart en 1991, considera entre los problemas más acuciantes de la salud pública: la falta de adherencia a los tratamientos y regímenes médicos y, sobre todo, a las campañas de carácter preventivo, esta teoría centra su propuesta teórica en los procesos de interacción social y en las capacidades generativas del pensamiento. El modelo representa tres dimensiones: el proceso de auto-cambio (la autorregulación como una acción deseada), las influencias contextuales, y los hábitos o acción-estado. De esta manera, Ballesteros et al., (2004) indican que las intervenciones de carácter preventivo implican la creación de hábitos protectores o secuencias de comportamientos o rutinas que disminuyen el riesgo personal de padecer una

enfermedad. Los hábitos saludables pueden ser representados como un espiral de control acción-resultado, en el que la autorregulación es la condición de su propio entendimiento. De tal forma, las acciones son guiadas por consecuencias, sobre cuyas bases la persona realiza ajustes de comportamiento compensatorios, siendo el resultado una acción-estado.

Este modelo subraya que los guiones de acción personal están conectados con los de otros miembros del contexto socio-familiar, siendo esta interdependencia social uno de los determinantes fundamentales del cambio de comportamiento y de su mantenimiento. Por último, este modelo hace referencia a que el contexto modifica las capacidades personales y las relaciones sociales afectando al establecimiento de metas, la consideración de oportunidades para la acción y el diseño y ejecución de estrategias de salud relevantes (Ballesteros et al., 2004).

#### **1.4. Funciones profesionales del psicólogo de la salud**

El psicólogo de la salud es el profesional capaz de lograr: la identificación precoz de personas en situación de riesgo definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales; el desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo; la investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas; la inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud; y la necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global (Olvera y Soria, 2008).

Becoña, Vázquez, y Oblitas (2000) señalan que las actividades a desempeñar por los psicólogos de la salud, se pueden agrupar en tres grandes secciones: investigación, aplicación y formación. La investigación está enfocada a indagar en factores que intervengan en el proceso de salud-enfermedad mediante el estudio

de la etiología y correlaciones de la salud, enfermedad y las disfunciones, el cual hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad, así es posible distinguir conductas que contribuyen a que enfermemos y comportamientos que pueden protegernos de la enfermedad, ya que pueden reducir el riesgo de que caigamos enfermos. Las primeras reciben el nombre de conductas patógenas o de riesgo para la salud, mientras que las segundas denominadas inmunógenas o comportamientos protectores de la salud, ambas se enfocan a los hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés, por mencionar algunas (Calatayud (1999); Ballesteros et al., (2004), Shelley (2007), Evans et al., (2008) y Matarazzo (1980, en Fernández et al., 2009)) señalan que conocerlos permite a los psicólogos de la salud comprenderlos y analizarlos, de tal manera que pueden generarse diversas propuestas de procedimientos para la evaluación e intervención más adecuados de las diferentes problemáticas en este campo (Becoña et al., 2000).

De esta manera Buela-Casal y Carrobles (1996) mencionan que el psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención y por consecuencia promoción de conductas saludables.

Dentro de esto último, Calatayud (1999), Ballesteros et al., (2004), Shelley (2007), Evans et al., (2008) y Matarazzo (1980 en Fernández et al., 2009) destacan la promoción y el mantenimiento de la salud, el cual incluye el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables, esto es una educación sanitaria, el control de variables actitud-motivacionales y afectivo-emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables, como la práctica de algún tipo de ejercicio o deporte, una alimentación balanceada, por mencionar algunas. Así mismo, también se enfocan en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, el cual enfatiza la necesidad de modificar las conductas y hábitos de riesgo, en la modificación de las condiciones patógenas o insalubres del medio, en la detección

e intervención precoz ante los problemas y en la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad, esto es, enseñar a la gente que ya se ha enfermado a adaptarse más exitosamente a su nueva situación o aprender a seguir los regímenes de tratamiento.

Finalmente, Calatayud (1999), Ballesteros et al., (2004), Shelley (2007), Evans et al., (2008) y Matarazzo (1980, en Fernández et al., 2009) consideran como una competencia más de la psicología de la salud, el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud, analizando el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de las personas, y de esta manera desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud, ya que el personal de salud, los servicios médicos que se brinden al paciente, influyen en la manera como el paciente se comporte ante su padecimiento.

Las funciones profesionales del psicólogo de la salud cada día abarcan nuevas áreas, se elaboran nuevas concepciones y se abren nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud, la prevención, tratamiento, rehabilitación, y mejora en la salud, siendo cada vez más los tipos de problemas que se abordan.

En resumen, los psicólogos de la salud han logrado incorporarse a diferentes áreas, fomentando un equipo multidisciplinario y estableciendo un equilibrio biopsicosocial en cuanto a la salud-enfermedad. Las funciones de promoción y mantenimiento de la salud, investigación, evaluación, prevención, aplicación y tratamiento, así como las diferentes explicaciones del comportamiento del ser humano en cuanto a un padecimiento, las cuales forman parte de las labores del psicólogo de la salud, permiten reconocer los diferentes cambios y demandas que han surgido en cuanto al binomio salud-enfermedad, lo cual reafirma la importancia de considerar la salud y enfermedad como un proceso integral en el que interviene el aspecto físico, mental y social del ser humano, y cómo a partir de la intervención en el aspecto psicológico de la persona, se pueden generar cambios considerables en cuanto a salud se refiere, antes, durante y en ocasiones, después de la enfermedad.

Con base a lo anterior, nos enfocaremos a las enfermedades crónicas, su definición y características, posteriormente a la diabetes mellitus como parte de este rubro, en la cual se informa la etiología y factores de riesgo, métodos de diagnóstico, tratamiento, complicaciones médicas e implicaciones psicológicas, con la finalidad de ampliar el conocimiento de este padecimiento crónico en particular, que en la actualidad forma parte de las dos primeras causas de muerte en México.

## **2. DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD CRÓNICA**

### **2.1. Enfermedades crónicas**

Existen varios tipos de enfermedades crónicas, si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional.

En las últimas cinco décadas las enfermedades crónicas se han incrementado de manera sustancial en México, en buena medida determinado por los estilos de vida que las personas han venido adoptando y que incluyen, entre otros, una mala alimentación y patrones de conducta sedentarios. Los estilos de vida se definen como el conjunto de hábitos y patrones de conducta cotidianos de una persona. La investigación de los procesos salud-enfermedad se sitúa en los estilos de vida, enfocándose en cómo la persona percibe, define y actúa con relación a la presencia de síntomas; asimismo, cómo se comporta para preservar la salud o al adoptar determinados riesgos.

Las enfermedades crónicas incluyen, de manera fundamental, a la diabetes, enfermedades del corazón y los tumores malignos, que en México se han afirmado como tres de las cinco principales causas de mortalidad general en el período 2000 a 2006; las cuales se encuentran de manera directa relacionadas con la conducta de las personas (Arita, Herrán y Osorio, 2011).

Rodríguez y Banegas (2002) mencionan que las principales enfermedades crónicas en los países occidentales tienen una gran relevancia ya que producen una elevada morbi-mortalidad, discapacidad y repercusión socioeconómica. La carga de enfermedades crónicas tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados, es causa de muertes prematuras, tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

La enfermedad crónica puede ser descrita como un evento estresante y un gran desafío adaptativo, que implica un proceso de ajuste, a veces de por vida, a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, pudiendo generar una incapacidad permanente en quien la padece (Han, Lee y Park, 2003; Bishop, 2005, ambos en Barra y Avendaño, 2008). Independiente de los recursos que posea el individuo, el diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora.

## **2.2. Características de las enfermedades crónicas**

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. Ésta puede ser esporádica y durar un tiempo breve, o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo (ADA, 2012a).

La enfermedad crónica es una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento (Yeo y Sawyer, 2005 en Arita et al., 2011). Del mismo modo, Espinosa y Ordúñez (2010) mencionan que si bien, no todas las enfermedades crónicas son necesariamente graves ni mortales, prácticamente la totalidad afectan la calidad de vida de las personas que las padecen, e incluso, pueden deteriorar su independencia, como reflejo de una mala salud, y generalmente, solo se pueden controlar, no curar, con las intervenciones médicas actualmente disponibles.

La mayoría de las enfermedades crónicas pueden tener largos "períodos de incubación", para cursar luego por etapas sintomáticas sucesivas que se extienden en general durante años, aunque su presentación, crisis de agudización y gravedad, pueden variar según diversos factores (Espinosa y Ordúñez, 2010). Generalmente las enfermedades crónicas abarcan uno o más órganos (por

ejemplo, cerebro, corazón, pulmones, sangre, hígado, páncreas) asimismo, afectan a todas las edades (Rickel, Daly y Brown, 2008) y pueden forzar varios cambios en el estilo de vida, por ejemplo: dejar de hacer actividades que se disfrutaban, adaptarse a nuevas limitaciones físicas, nutricionales, y necesidades especiales, pagar medicaciones y servicios de tratamiento. Por lo que, el reto en la prevención, detección, tratamiento, adherencia y control de las enfermedades crónicas, se establece en todos los grupos de edad, y su variedad exige un cambio integral (Barra y Avendaño, 2008).

Asimismo, los avances en la investigación epidemiológica y de salud pública, han mostrado que gran parte de la mortalidad e incapacidad causada por las enfermedades crónicas es prevenible a través de un amplio rango de acciones, entre ellas la modificación de los principales factores de riesgo personales, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la dieta y la actividad física (Rodríguez y Banegas, 2002).

Respecto a lo anterior, es importante recalcar la relevancia que tiene el estilo de vida de cada persona o población, ya que es a partir de ello que se logra prevenir o retardar la aparición de algún padecimiento crónico, y con ello evitar acontecimientos desagradables a nivel orgánico, social, psicológico y económico que normalmente afecta al enfermo, como en el caso de la Diabetes Mellitus.

### **2.3. Definición de la Diabetes Mellitus**

La Diabetes Mellitus (DM) es un síndrome conocido desde hace más de 3 000 años, pero sólo durante el siglo XX se ha reconocido su verdadera importancia en la salud de la población, esto debido a los cambios ambientales, económicos, sociales y médicos que vive la población a nivel mundial (Raya y Dupleich, 1998, en Rodríguez, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la diabetes como una enfermedad crónica que se caracteriza porque el páncreas no produce insulina

suficiente o bien porque el organismo no la puede utilizar eficientemente (OMS, 2006, en Arita et al., 2011) el cual puede resultar de la interacción de factores ambientales y genéticos, que con frecuencia están unidos (OMS, 1980, en Padilla, Palma, Gundín, Herrera y Crespo, 2006).

El término de diabetes se asocia a una constelación de anormalidades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (niveles muy altos de glucosa en la sangre), hipoglicemia (nivel de glucosa demasiado bajo), trastornos del metabolismo lipídico y proteico; así como otras tardías, llamadas complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) o macrovasculares como la arteriopatía periférica (causada por arterioesclerosis o endurecimiento de las arterias), esclerosis coronaria y accidente vascular encefálico (Padilla et al., 2006).

La diabetes es una enfermedad crónica, asociada a una alta morbilidad y mortalidad, así como un elevado costo económico para quien la padece. La tasa de mortalidad causada por esta enfermedad en el año 2010 fue de 82 964 decesos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010) siendo de las principales causas de muerte en el país. Las perspectivas a futuro sobre esta enfermedad no son halagadoras, ya que se estima que para el año 2025 habrá 12 millones de habitantes con diabetes en México, lo cual incrementa el índice de morbilidad, y creación de nuevas alternativas de prevención.

### **2.3.1. Etiología y factores de riesgo de la Diabetes Mellitus**

La importancia de la DM, su magnitud e impacto como problema emergente de salud pública se ha asociado con diversos factores, entre ellos: la industrialización, urbanización, aumento de la esperanza de vida, obesidad, vida sedentaria y supervivencia prolongada de los pacientes con diabetes (Raya y Dupleich, 1998, en Rodríguez, 2006).

La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes siendo una enfermedad que si no es atendida a tiempo es discapacitante, por los

daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, los cuales se expresan en formas diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros. Además, la diabetes está asociada a otros problemas de salud en México como son la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebro vasculares (Vázquez, Gómez y Fernández, 2006).

Lo anterior hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud en México, en donde el control de la enfermedad es lo más importante, ya que según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, sólo el 82.4% de los diabéticos con diagnóstico médico reciben tratamiento para su enfermedad (García y Rodríguez, 2011).

La DM, se origina cuando el cuerpo humano transforma generalmente los hidratos de carbono en glucosa, que es el azúcar más sencillo y sirve de fuente de energía para las células. Para entrar a las células, la glucosa necesita ayuda de la insulina, una hormona producida por el páncreas. Cuando una persona no produce suficiente insulina o su organismo no responde a la insulina presente, la glucosa no se puede procesar y se acumula en el torrente sanguíneo. Las concentraciones altas de glucosa en la sangre o la orina conducen al diagnóstico de la DM (Tood, 1976, en Rodríguez, 2006).

Cabe destacar que la insulina es una hormona necesaria para convertir azúcar, almidones y otros alimentos en la energía necesaria para la vida diaria (Betschart, 2011).

Dentro de los factores de riesgo en DM, Ramírez (2007) indica que son específicamente los antecedentes familiares en padres o hermanos, antecedentes de la diabetes gestacional, partos de productos mayores de 4 kilogramos, mujeres que presentan síndrome de ovario poliquístico, la edad avanzada, y sobrepeso con un índice de masa corporal igual o mayor de 25 kg/m<sup>2</sup>, al respecto García y Rodríguez (2011) mencionan que la obesidad, especialmente la central (acúmulo de grasa en tronco y abdomen), causa una resistencia periférica de la insulina y puede disminuir la sensibilidad de la célula  $\beta$  a la glucosa. García y Rodríguez

indican que estos efectos pueden ser revertidos con la disminución del peso corporal.

Ramírez (2007) también señala dentro de las conductas de riesgo de la DM, la alimentación cotidiana con grasas saturadas y carbohidratos en exceso, dormir no más de 5 a 6 horas en un día, el estrés psicológico crónico e intenso, alimentación en horarios irregulares y de manera constante, exceso en el consumo de cafeína y el sedentarismo.

La DM es un serio y común problema de salud mundial, el cual, para la mayoría de los países ha evolucionado en asociación con rápidos cambios sociales y culturales, envejecimiento de las poblaciones, aumento de la urbanización, cambios en la dieta, reducida actividad física, estilos de vida y patrones conductuales no saludables (Castañeda, Rivas, Zerquera, Muñoz, Gutiérrez y Belkis, 2010).

### **2.3.2. Clasificación de la Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por no ser una patología única, sino un síndrome (grupo significativo de síntomas y signos), así bajo esta denominación se incluyen afecciones diferentes pero con una característica común: la hiperglucemia y sus consecuencias. Hay diversos criterios de clasificación de diabetes, actualmente se utiliza la denominación de diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 es la situación a que está expuesto el organismo cuando no se dispone de suficiente acción insulínica para un aprovechamiento adecuado de los nutrientes. Schor, Vallory y Senderey (1996) mencionan que esta falta de acción insulínica puede deberse a una insuficiente producción de esta hormona por las células Beta del páncreas; una incapacidad de las células de los tejidos para utilizar adecuadamente la insulina que segrega, exceso de hormonas u otros factores que se oponen a la acción insulínica.

De este modo, cuando es indispensable la inyección de insulina exógena para mantener normalizado al paciente, la afección se denomina como: diabetes insulino dependiente, la cual se clasifica en tipo 1. Cuando se puede mantener la normalidad metabólica sin recurrir a la insulina exógena, se denomina como diabetes no insulino dependiente, la cual se clasifica en tipo 2 (Schor et al., 1996).

La diabetes tipo 1, llamada también insulino dependiente, infantojuvenil, magra o acidocetósica, aparece en edades tempranas, antes de los 25 o 30 años de edad, en la mayoría de los casos es hereditaria; y obedece a la destrucción de las células betapancreáticas con ausencia de secreción de insulina que, sin una atención especializada, conlleva a acidosis metabólica, deshidratación, visión borrosa, y en los peores casos un coma y la muerte (Díaz et al., 1993, en Rodríguez, 2006; Bragagnolo y Martí, 2009). Sin embargo, Betschart (2011) indica que con la ayuda de la terapia con insulina, chequeos frecuentes de los niveles de azúcar en la sangre y otros tratamientos como alimentación, ejercicio y apoyo social; los niños, incluso pequeños con diabetes tipo 1, pueden aprender a manejar su condición y vivir una vida larga, saludable y feliz.

La diabetes tipo 2, o del adulto, grasa, cetoresistente, no insulino dependiente, que afecta a personas con sobrepeso de más de 45 años (sin embargo la edad actualmente varía, presentándose en niños y adolescentes principalmente con obesidad) representa cerca del 85 a 95% del total de la población diabética en los países desarrollados; siendo estos porcentajes más elevados en los llamados en vías de desarrollo, constituyendo un grave problema sanitario mundial (Díaz et al., 1993, en Rodríguez, 2006; Castañeda et al., 2010; García y Rodríguez, 2011).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la diabetes tipo 2 se caracteriza por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía. Cuando se presenta DM tipo 2, la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina, lo que se denomina resistencia a la insulina o insulinoresistencia, que puede ser genética o adquirida (dieta rica en grasa

saturada y/o índice glucémico alto) como en el caso de la obesidad, ésta causa una resistencia periférica de la insulina y un aumento de producción hepática de glucosa. De esta manera, la insulinoresistencia es compensada por el páncreas con una superproducción de insulina, lo que permite mantener el equilibrio metabólico. Sin embargo, esta demanda aumentada de insulina puede llevar al agotamiento pancreático con disminución de secreción de insulina y acumulación de niveles altos de glucosa (hiperglucemia), la aparición de intolerancia a la glucosa y finalmente, la diabetes tipo 2. Del mismo modo como sucede con la diabetes tipo 1, ésta se logra controlar y evitar generalmente con educación, dieta, ejercicio y en ocasiones medicamentos (García y Rodríguez, 2011; Bragagnolo y Martí, 2009).

#### **2.4. Métodos de diagnóstico de la Diabetes Mellitus**

Lo ideal es llevar a cabo una revisión médica cada determinado tiempo sobre la salud en general, ya que en algunos casos, como la DM, debido a que se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de glucemia son completamente asintomáticas. Desafortunadamente, la mayoría de la población acude al médico cuando presenta una serie de molestias que imposibilitan el desempeño en los diferentes aspectos de la vida.

Por lo que las molestias, sintomatología o manifestaciones clínicas permiten avisar la presencia de alguna anomalía o padecimiento. En el caso particular de la DM se manifiesta con un nivel alto de glucosa en sangre, conocido como hiperglucemia, que condiciona un aumento de la eliminación de glucosa por la orina (glucosuria), la cual para poder eliminar, es indispensable que aumente la eliminación de agua en la cual diluirse esa glucosa, lo que condiciona poliuria; así, al aumentar la eliminación de agua por la orina, aumenta la sensación de sed de manera excesiva (polidipsia). Nuevo et al., (2005) indica que la misma pérdida de glucosa por la orina lleva consigo una pérdida de calorías (por cada gramo de glucosa que se elimina se pierden cuatro calorías) lo que desencadena la pérdida de peso, y el

organismo la compensa aumentando la sensación de apetito, y comiendo más cantidad (polifagia).

Nuevo, Gómez, López y Ceballos (2005) indican que las manifestaciones clínicas por lo general son similares en los pacientes, dado que resultan de una alteración similar: la elevación de la glucosa en sangre.

Con base a lo anterior, se determinan una serie de pruebas que permiten confirmar o refutar el diagnóstico. La American Diabetes Association (ADA), (2012a) menciona que para determinar si un paciente tiene diabetes latente (esto es, que aún no se manifiesta, y está en riesgo) o diabetes, los profesionales de la salud realizan una prueba de glucosa en el plasma en ayunas (GPA) o una prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG). La American Diabetes Association recomienda la prueba de GPA porque es más económica, rápida y fácil de realizar.

Nuevo et al., (2005) mencionan que la prueba de glucosa en el plasma en ayunas (GPA) es conveniente realizarla a primera hora de la mañana, después de 8 horas de ayuno, tomando una muestra de sangre venosa. La determinación se debe realizar en plasma y utilizando métodos enzimáticos.

La segunda es la realización de la prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG), en la cual se debe hacer una dieta normocalórica con un aporte superior a 150 gramos de hidratos de carbono las 48-72 horas previas (la prueba debe ser realizada sólo en sujetos ambulantes, nunca encamados u hospitalizados, tampoco que estén recibiendo medicación). Asimismo en los días previos a la prueba, si el paciente hubiera atravesado una situación de estrés, se debe dejar pasar 8 a 12 semanas antes de someterlo a prueba; de esta manera la prueba se debe realizar a primera hora de la mañana, se administran 75 gramos de glucosa en 250 ml de agua, y se realiza extracción de sangre en un tubo que contenga fluoruro sódico (6 mg por ml de sangre entera). La sangre debe centrifugarse para separar el plasma, y éste debe de congelarse hasta que pueda determinarse la

glucemia en plasma venoso, por medio de métodos enzimáticos (Nuevo et al., 2005).

Nuevo et al., (2005) mencionan que la sospecha de la existencia de una DM en un individuo será sugerida por la presencia de uno o más de los síntomas fundamentales de la enfermedad (pérdida de peso, sed excesiva, fatiga, mayor apetito, micción frecuente), o más raramente por síntomas relacionados con las manifestaciones tardías, como problemas oculares, úlceras e infecciones en la piel y pies, difícil control de la presión arterial y el colesterol, daños en los nervios y daño renal.

En caso de que la prueba de GPA detecte en ayunas un nivel de glucosa en sangre entre 100 y 125 mg/dl, significa que la persona tiene una diabetes latente. Mientras que una persona con un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 126 mg/dl o superior padece diabetes. Para la prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG) se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl después de 2 horas (ADA, 2012b).

Los métodos de diagnóstico como la GPA y POTG permiten confirmar o refutar la existencia de diabetes. Cualquiera que sea el resultado, los psicólogos de la salud al igual que otras disciplinas, como la medicina, la biología, o la sociología, trabajan en la promoción y aplicación de intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o reponerse de la enfermedad.

#### **2.4.1. Tratamiento de la Diabetes Mellitus**

La educación, la dieta, el ejercicio y medicamentos ajustados a la edad y complicaciones de cada cual, son la base del esquema terapéutico de los pacientes diabéticos. Se mantiene la terapia con medicamentos cuando el control se torna difícil y los síntomas se acentúan.

La educación al paciente acerca de los cambios del estilo de vida, medicamentos y complicaciones potenciales por el descontrol metabólico, debe ser

individualizada y de acuerdo con su capacidad para entender la información y su nivel de interés, para que pueda coadyuvar al tratamiento y control, y evitar complicaciones desagradables o mutilantes que afecten su calidad de vida (Castañeda et al., 2010).

La ADA (2012c) menciona que dentro de la educación que debe tener el paciente diabético, se encuentra la importancia de las revisiones de glucosa en la sangre en casa, acudir a las citas médicas que se le indiquen, con la finalidad de llevar un control sobre el padecimiento.

Asimismo, la dieta y el ejercicio físico están integrados en el plan de cuidados básicos que junto con la medicación, permiten diseñar un plan terapéutico, dirigido al control y mejora de la calidad de vida de los pacientes con DM (Gálvez, Antequera y Ceballos, 2005).

Los objetivos de la dieta terapéutica en la DM se consiguen modificando hábitos de vida en cuanto a la alimentación, se concretan en proporcionar un buen estado nutricional, conseguir y mantener el normopeso, alcanzando la normalidad bioquímica (glucemia y lípidos plasmáticos) balanceando adecuadamente la ingesta de alimentos con las necesidad de insulina o de fármacos diabéticos y actividad física, minimizar las fluctuaciones de glucemias postprandiales, prevenir y tratar las hipoglucemias, y contribuir a prevenir las complicaciones (Gálvez et al., 2005).

Entre las recomendaciones generales de dieta de un diabético, la ADA (2012c) menciona que es necesario comer diferentes alimentos, entre ellos verduras, granos integrales, frutas, lácteos sin grasa, grasas saludables y carnes magras (sin grasa) o sustitutos de la carne; no comer más de lo necesario; no comer demasiado de un mismo tipo de alimento; distribuir las comidas en forma pareja a lo largo del día y no saltar ninguna comida. Asimismo la ADA menciona que cuando se tiene sobrepeso es necesario perder kilos de manera gradual, ya que al bajar de peso mejoran los niveles de glucosa en la sangre, presión arterial y el nivel de colesterol.

Del mismo modo Gálvez et al., (2005) y Rodríguez (2006) mencionan que junto con la insulina y la dieta, el ejercicio físico forma parte del tratamiento de la DM. La actividad física es útil y necesaria para toda persona, pero indispensable para el diabético, ya que controla el peso, favorece la acción de la insulina, mejora el control de la glucemia, disminuye el riesgo de enfermedades coronarias y mejora la circulación periférica.

El mantener actividad física, es importante para mantener la diabetes bajo control, ya que ayuda a bajar los niveles de glucosa en la sangre, te mantiene con más energía, disminuye el estrés, mantiene las articulaciones flexibles, reduce el riesgo de tener enfermedades del corazón y derrame cerebral, y permite que el paciente se sienta muy bien (ADA, 2012c).

También Nuevo et al., (2005) mencionan que un tratamiento oral son los fármacos capaces de mejorar el control glucémico en determinados tipos de DM, mediante la amplificación de los efectos metabólicos de la insulina endógena. Se clasifican en sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la  $\alpha$ -glucosidasa intestinal y fibra dietética. Entre los mecanismos de acción que ejercen se encuentra el efecto agudo, el cual aumenta la secreción pancreática de insulina, este efecto se pierde al cabo de unos meses. El efecto crónico disminuye la excesiva producción hepática de glucosa y aumenta la captación periférica de la misma.

Antequera y Ceballos (2005) dan a conocer que otro fármaco capaz de mejorar el control glucémico es por medio de insulina, principalmente es utilizada por personas que padecen DM tipo 1. La insulina humana se fabrica con la ayuda de bacterias, o bien transformando la insulina del cerdo, que es exactamente igual a la insulina formada por el páncreas humano. Esta hormona pancreática se elabora en las células  $\beta$  de los islotes de Langerhans, se segrega hacia la sangre y tiene gran influencia en el metabolismo de los carbohidratos al estimular el paso de glucosa al interior de las células. Las células  $\beta$  del páncreas liberan mayor o menor cantidad de insulina en relación con los niveles existentes de glucosa en sangre. Cuando la glucosa en sangre se eleva (después de una comida) se libera mayor cantidad de insulina y por el contrario en períodos de ayuno, la liberación

de insulina disminuye. La insulina que se deja depositada en forma subcutánea va a pasar a la sangre de una forma fija. Este tratamiento lo pone el médico adaptando el horario, tipo de comida, ejercicios, con objeto de controlar la cantidad de azúcar en sangre.

De esta manera, el paciente diabético debe seguir un tratamiento siempre, cualquiera que sea la intensidad de su trastorno o el tipo de diabetes; asimismo pueden variar a lo largo de su vida por distintos motivos: edad, peso, actividad física, complicaciones crónicas, enfermedades intercurrentes, problemas sociolaborales, etc. (Gálvez et al., 2005).

#### **2.4.2. Complicaciones médicas de la Diabetes Mellitus**

Entre la sintomatología fundamental en un paciente diabético como se mencionó anteriormente, se encuentra la poliuria (orinar frecuentemente), polidipsia (aumento de la sensación de sed), polifagia (aumento de la sensación de hambre) y pérdida de peso, además de estos síntomas fundamentales, Nuevo et. al, (2005) y Gómez, Niño y Ortiz (2009) mencionan que el mantenimiento de niveles elevados de glucosa durante tiempos prolongados, después de 5 o más años de evolución no controlada, da lugar a lesiones a nivel de la pared de pequeños vasos sanguíneos de diversos órganos, condicionando manifestaciones clínicas tardías, representadas por retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética, que una vez iniciadas son irreversibles a pesar de cualquier tipo de tratamiento, y que progresan en el tiempo siendo el origen respectivamente de ceguera, insuficiencia renal y diversas manifestaciones neurológicas.

El 30-40% de los pacientes con más de 20 años de evolución presentan algún grado de afección renal llamada nefropatía, donde los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente, y se caracteriza por niveles altos de proteína en la orina. El riesgo relativo de insuficiencia renal es 25 veces superior en pacientes con DM (Rodríguez, 2006).

Cabe destacar que aproximadamente el 60-70% de los pacientes diabéticos tiene algún grado de neuropatía, siendo el riesgo al menos 7 veces superior en el diabético. Nuevo et al., (2005) mencionan que la neuropatía autonómica a nivel cardiovascular afecta a más del 40% de la población diabética con más de 10 años de evolución. Asimismo Gómez et al., (2009) indican que es causante de síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, genitourinarios y de disfunción sexual la cual afecta casi el 40% de los hombres diabéticos. También indican que la neuropatía autonómica diabética es una complicación grave y común en los pacientes diabéticos de larga evolución, resultado de la interacción de múltiples procesos metabólicos, isquémicos, inmunológicos y déficit de factores neurohormonales a causa de la hiperglucemia crónica, la cual causa daño selectivo a nivel de las fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo que inervan el corazón, los vasos sanguíneos, el tracto gastrointestinal, el sistema urogenital, secretomotor y pupilar. Mientras la neuropatía periférica pone en riesgo el desarrollo de úlceras, amputaciones y deformaciones del pie.

Del mismo modo, se presentan en pacientes con diabetes DM, el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, cerebral o periférica, la cual es 2-4 veces mayor en el diabético (2 veces superior en hombres y 4 en mujeres). Nuevo et al., (2005) dan a conocer que aproximadamente el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores son realizadas en diabéticos; por lo que el riesgo de precisar una amputación es 15-40 veces superior en la población diabética.

Asimismo, Ceballos (2005) señala que el 20-30% de las cegueras registradas son atribuibles a retinopatía diabética, siendo la primera causa de ceguera en países industrializados. La retinopatía diabética se estima que afecta al 40-50% de todos los diabéticos, presentando el 10% retinopatía proliferativa. La diabetes mellitus presenta un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior con respecto a población no diabética.

Finalmente, la tasa de malformaciones congénitas en recién nacidos de madres diabéticas (DM pregestacional) varía de 0-5% en mujeres con control preconcepcional al 10% en mujeres que no reciben control preconcepcional. Así,

el 5% de los embarazos de mujeres diabéticas terminan con muerte del recién nacido, frente al 1.15% en mujeres sin diabetes. La diabetes gestacional ocurre en el 2-6% de todos los embarazos (Nuevo et al., 2005). Aunque este porcentaje es menor, no debemos perderlo de vista ya que es un padecimiento que se ha ido generalizando.

### **2.4.3. Implicaciones psicológicas de la Diabetes Mellitus**

Para Kumate, Wacher, Gamiopichi, Cruz y García (2004, en Arita et al., 2011) el control de la diabetes depende de dos factores fundamentales: la educación y el automanejo. Controlarla requiere de conductas de autocuidado tales como: tomar fármacos bajo prescripción médica, verificar las concentraciones de glucosa en sangre, seguir un plan alimentario que limite la cantidad de calorías y grasas que se ingieren, realizar ejercicio físico moderado con regularidad, cuidar los pies y dientes, así como llevar a cabo diversas evaluaciones preventivas cada determinado tiempo.

Las conductas cotidianas establecidas a lo largo de la vida de las personas deben modificarse de manera sustancial cuando éstas se enferman. Los cambios se perciben como “obligatorios”, y por lo tanto, en varias ocasiones difíciles de acatar.

La ADA (2012b) menciona que cada persona siente y experimenta cosas diferentes cuando le informan que padece diabetes; entre las reacciones más comunes que suelen tener, se encuentra la sensación de pérdida (piensan que su vida se ha acortado, que ya no tendrán una vida igual), enojo (piensan el porqué a él o ella le tocó padecer esta enfermedad, en ocasiones no lo aceptan), miedo (incertidumbre sobre los cambios y evolución del padecimiento), culpa (se arrepienten de no prevenirla, no cuidarse a tiempo o simplemente padecerla por genética), incredulidad (no creen que es cierto y no quieren pensar en eso), estrés (adopción a los cambios) y en algunas ocasiones estupor (shock).

Respecto al estrés de adopción a esos cambios ADA, (2012b); Ortiz, (2004, en Arita et al., 2011) señalan que en ocasiones se vuelve crónico, propiciando otras alteraciones a la salud, donde se combina el proceso propio de la enfermedad y la respuesta a ésta, incrementándose los niveles de ansiedad y depresión, provocada por la propia enfermedad, que a su vez generan desadaptación en las personas con diabetes; las cuales experimentan cambios importantes en su identidad, y se muestra incapaz en algunas cosas que acostumbraba realizar. De acuerdo al avance de la enfermedad, tiene pérdida del sentido de control personal de su vida, de su autonomía y en ocasiones de su capacidad para tomar decisiones, ya que gran parte de lo que llega a hacer se encuentra en función de la enfermedad.

Respecto a lo anterior, es de suma importancia valorar la percepción que tienen las personas con diabetes sobre su propia vida, considerando la calidad de vida a través de las creencias en sus capacidades para hacerle frente (es en las creencias donde se perciben las repercusiones del paciente). Estas capacidades y habilidades para adaptarse a la vida, al ser puestas en acción por la persona tras procesos evaluativos con las que ésta forma sus creencias de capacidad, repercuten en la salud física, psicológica y social, en síntesis, en su bienestar personal (Arita, 2006, en Arita et al., 2011).

Finalmente, la ADA (2012b) menciona que el apoyo familiar, profesional y social para el paciente con diabetes es fundamental en el proceso del diagnóstico, tratamiento, evolución y control del padecimiento; ya que permite una comprensión, solidaridad y empatía hacia la enfermedad, lo cual modifica los pensamientos que la persona puede tener de la diabetes, en la mayoría de los casos sintiéndose motivado y convencido de llevar a cabo los ajustes en su estilo de vida.

En resumen, las enfermedades crónicas como en el caso de la DM, permiten reconocer la enfermedad como un proceso integral, donde intervienen factores biológicos, químicos, sociales y comportamentales, en el cual es necesario un equilibrio para poder prevenir, afrontar el diagnóstico, tratamiento, cambios en el

estilo de vida y control. Ya que a pesar de que la DM sea hereditaria o adquirida, se cuente con los recursos para diagnosticarla, o se tenga la información necesaria para evitarla o afrontarla, la mayoría de la población no lleva a cabo las acciones necesarias (revisiones oportunas, alimentación adecuada, actividad física, dormir las horas necesarias, acudir con especialistas) siendo oportuna la intervención psicológica en esta población, sobretodo en la sustitución de los hábitos insanos por un estilo de vida saludable, aplazando o previniendo la DM, evitando riesgos mayores o degenerativos.

Por lo que el siguiente capítulo se enfocará a la prevención en sus cuatro modalidades: primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria, y las diferentes estrategias utilizadas en la prevención de la DM.

## **3. PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS**

### **3.1. Definición de prevención**

La evolución de las enfermedades, y el aumento de los padecimientos y factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles, dejan claro que la salud pública sigue enfrentando grandes retos para el futuro. Por lo que es imprescindible aportar nuevas estrategias de salud, entre las cuales se encuentran las de prevención.

Al respecto, Flores (2007) señala que la prevención comprende la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general.

Asimismo, la OMS en 1998 (en Redondo, 2004) definió a la prevención como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo), sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

En este contexto, la prevención de la enfermedad considera la intervención integral a individuos y poblaciones expuestas a factores de riesgo identificables que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo (hábitos), así como los signos y síntomas que se presentan, como una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad (Redondo, 2004).

García, Domínguez, Jiménez, Gutiérrez, Solís, Infante y Luna (2000), y Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro (2004) complementan, considerando que la prevención se trata del efecto combinado de una actitud, una perspectiva, un modo de ver la realidad y una opción estratégica, que inducen a pensar y a actuar de una forma característica, fortaleciendo las condiciones personales que disminuyan la probabilidad de enfermar, así como modificando el previsible devenir de los acontecimientos y actuando sobre los factores generadores de su proceso.

García et al., (2000), Musitu et al., (2004) y Rodríguez y Echemendía, (2011) coinciden que en este contexto, la prevención implica el proceso de capacitar a la gente para que aumente su control sobre su propia salud y las posibilidades de mejorarla.

Brannon y Feist (2001) indican que prevenir la enfermedad es mucho más rentable que curar, después de que las personas enferman o quedan incapacitadas. Dentro de los objetivos que tiene la prevención se encuentran: incrementar la cantidad de años vividos, vivir más años con una mejor calidad de vida, reducir las disparidades de salud entre las sociedades y las clases sociales, y que todas las personas tengan adecuados servicios preventivos de salud disponibles, accesibles y adecuados (Buela, Fernández y Carrasco, 1997).

### **3.2. Tipos de prevención**

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas, representa un avance importante en la política sanitaria integrada.

Castañeda et al., (2010) mencionan que la presencia de una enfermedad crónica conlleva un seguimiento a largo plazo, implica una dimensión integral que trasciende el enfoque exclusivamente clínico, para abordar la presencia de factores sociales y las circunstancias de la vida diaria que pueden ayudar o entorpecer el buen control de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.

En este contexto, la DM es un problema de salud que, además de afectar el estado somático de la persona enferma, puede repercutir en su comportamiento y en su interacción con la familia y sociedad. Por lo que la atención a personas con diabetes se debe realizar dentro de un sistema interdisciplinario que ponga igual énfasis en el cuidado clínico, la educación terapéutica y el trabajo social, con el fin de identificar y atender las dificultades que las personas con diabetes afrontan o

perciben en el desarrollo de su vida diaria, todo lo cual se traduce en el mejoramiento de su calidad de vida y en un óptimo control metabólico (Castañeda et al., 2010).

Nuevo et al., (2005) refieren que la DM hoy en día es un problema sanitario y socioeconómico de primer magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control.

La aplicación de la prevención de la enfermedad permite según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. Actualmente, la prevención se maneja en diferentes niveles: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Cabe subrayar que cada uno de los niveles de prevención tiene el fin último de la atención integral de las personas, mejorando su estilo de vida en cualquiera de las etapas en que se aplique.

### **3.2.1. Prevención primaria**

Nuevo et al., (2005) indican que la prevención primaria, por medio de una estrategia poblacional, pretende detectar y actuar sobre factores ambientales, socioeconómicos y de susceptibilidad genética, asimismo a personas que presentan un mayor riesgo o susceptibilidad en el desarrollo de la enfermedad crónica. De esta forma, la prevención primaria es un concepto comunitario, que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de la enfermedad en una población (Caplan, 1980, en Fernández, 1994).

La prevención primaria consiste en la inmunización y en una serie de programas que fomentan cambios en el estilo de vida. Asimismo programas que animan a las personas a dejar de fumar, alimentarse adecuadamente, a practicar ejercicio y a moderar su ingestión de bebidas alcohólicas suelen comportar un bajo coste y no implican prácticamente riesgo alguno, se enfoca a la reducción de hábitos comportamentales de riesgo para la adquisición de enfermedades o de otras disfunciones, aprender a tener determinados comportamientos (por ejemplo,

utilizar el preservativo en prácticas sexuales), o a no tener otros (por ejemplo, dejar de fumar) (Piña y Obregón, 2003, en Flores, 2007; Leutwyler, 1995, en Brannon y Feist, 2001).

Blanch (2003) y Musitu et al., (2004) también consideran que la verdadera prevención es la primaria, y dentro de ella distinguen tres vertientes: genérica, inespecífica y específica. La genérica se encuentra dirigida al conjunto de población, pretende mejorar la calidad y las condiciones de vida en las vertientes material, social biopsicológica. La inespecífica, apunta a eliminar circunstancias favorables a la aparición de disfunciones (estrés, burnout laborales). Y la específica, se enfoca a problemáticas particulares, por ejemplo el abuso de alcohol o drogas en determinados sectores profesionales.

La prevención primaria se enfoca a las causas, esto es antes de la emergencia del problema, siendo éste un enfoque proactivo, que como menciona Blanch (2003) dentro de sus objetivos se encuentra la reducción de la incidencia o frecuencia (del número de casos nuevos), el refuerzo de los conocimientos, aptitudes y recursos necesarios para afrontar con éxito posibles crisis futuras, así como la desactivación de factores de riesgo, facilitadores o precipitantes de la aparición del problema, y el fortalecimiento del sentido de comunidad.

Por lo que se encuentra dirigida a la población general, grupos de riesgo, así como ambientes y experiencias de riesgo. Algunas de las estrategias consisten en información y sensibilización, concientización y educación, marketing social, promoción de la calidad de vida, protección social, creación de redes de apoyo social, fortalecimiento de la calidad de respuesta personal a demandas del entorno social, y capacitación de éste para una atención satisfactoria a las necesidades personales (Blanch, 2003; Musitu et al., 2004).

García et al., (2000) proponen que una base indispensable para activar la prevención primaria, es la difusión por diversos medios de conocimientos básicos, que capaciten a las personas para identificar los trastornos en sus fases iniciales y utilicen oportunamente los recursos disponibles.

### **3.2.2. Prevención secundaria**

La prevención secundaria consiste en hacer un seguimiento de las personas que estén en situaciones de riesgo de desarrollar una enfermedad para detectar los problemas en una etapa inicial, de manera que sea posible tratarlos mejor (Leutwyler, 1995, en Brannon y Feist, 2001).

Nuevo et al., (2005) y Fernández (1994) coinciden que en la prevención secundaria se trata de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo con la finalidad de descender la proporción de los casos declarados, evitando las recaídas de pacientes en que se ha producido remisión, y el avance de la enfermedad en los que ya están afectados.

De esta manera la prevención secundaria se enfoca a las crisis, esto es durante la irrupción del problema, siendo éste un enfoque activo, que como menciona Blanch (2003) dentro de sus objetivos se encuentra la disminución de la prevalencia o duración (del número total de casos existentes), detección precoz de los nuevos casos declarados, restablecimiento de los niveles habituales de autocontrol, autoestima y funcionamiento general, reparación urgente de los trastornos manifiestos, y reducción del riesgo de victimización secundaria.

Principalmente se encuentra dirigida a personas, grupos y entornos organizacionales y comunitarios inmersos en contextos estresantes.

Algunas de las estrategias consisten en intervención en crisis, asistencia primaria, consulta, consejo, orientación, acompañamiento, y apoyo social (Blanch, 2003; Musitu et al., 2004).

### **3.2.3. Prevención terciaria**

Nuevo et al., (2005) indican que la prevención terciaria pretende prevenir las complicaciones a largo plazo.

La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación en gran escala de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible (Fernández, 1994).

De esta manera, se enfoca a los efectos, esto es, después de la aparición del problema, siendo éste un enfoque reactivo, que como menciona Blanch (2003) dentro de sus objetivos se encuentra la minimización del impacto (del deterioro patológico), reducción de los síntomas (de la extensión, intensificación y codificación de los trastornos), evitación de recaídas, y rehabilitación biopsicosocial.

La prevención terciaria, se encuentra dirigida a personas afectadas por trastornos agudos o crónicos. Algunas de las estrategias consisten en terapia biopsicosocial, recursos de afrontamiento (*coping*), grupos de autoayuda, redes de apoyo social, orientación y acompañamiento, resocialización, reinserción psicosocial y terapia física (Blanch, 2003; Musitu et al., 2004).

### **3.2.4. Prevención cuaternaria**

El concepto de prevención cuaternaria deriva de la propuesta inicial de Marc Jamouille, médico general belga, y se define como la intervención que atenúa o evita las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario.

La prevención cuaternaria pretende que la actividad sanitaria no sea un factor patógeno, cuando en nombre de la prevención o curación se inician cadenas diagnósticas o terapéuticas innecesarias, o imprudentes que acaban produciendo muchas veces un daño. La prevención cuaternaria trata de evitar las

consecuencias del exceso de cuidados médicos y sobretratamiento (Pérez y Gervas, 2002).

Asimismo, Gervas (2007) menciona que la prevención cuaternaria, es aconsejar al paciente sobre el buen uso de los medicamentos. Buen uso que incluye el utilizarlos sólo cuando es probable obtener beneficios que compensan los riesgos.

Un ejemplo, es aconsejar a una embarazada para que sea feliz en su embarazo, para que no centre sus nueve meses en el sistema sanitario. De esta manera, Gervas (2007) señala que esta clase de prevención exige un plus al profesional sanitario; el cual debe saber más, y ser capaz de poner lo que sabe en el contexto de las necesidades y creencias del paciente.

De esta manera, el personal de salud debe tener una formación suficiente para saber y poner en contexto las ventajas e inconvenientes de las actividades que realiza o recomienda. La prevención cuaternaria, procura la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente empieza por evitar toda actividad innecesaria y excesiva, ya sea diagnóstica o terapéutica, preventiva o curativa. Para Skrabanek y McCormick (1992); y Gervas (2006) la clave en prevención cuaternaria es no clasificar a los pacientes, no abusar del poder de definir enfermedad, factor de riesgo y salud. Para ellos, el sistema de salud es excesivo cuando se define enfermedad y factor de riesgo de forma que los daños y perjuicios, superan los beneficios esperables de la propia etiqueta, de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas consiguientes. Esta tendencia a definir por exceso se enmarca en una actitud tecnológica cotidiana, médica y social, de acción lenta y sistemática.

Skrabanek y McCormick (1992) indican que los factores de riesgo tienen poco poder predictivo, y que solo es una asociación estadística, no de causalidad. Modl y Stein (1986), y Pérez y Gervas (2002) coinciden que en la práctica médica actual se corre el riesgo de pasar a la cultura del riesgo, por la simple asociación estadística entre un factor y una enfermedad, convirtiéndose en casi una enfermedad, o en causa necesaria y suficiente de la misma. Lo importante es que

esa mala interpretación del concepto de riesgo pueda llevar a la intervención médica exacerbada e innecesaria, al exceso diagnóstico y terapéutico (lo que se denomina el efecto cascada). Skrabanek y McCormick (1992) expresan que lo más prudente, es emprender programas que afecten a las condiciones básicas de toda la población, que no se centren en los factores de riesgo de algunos pacientes, por muy de riesgo que sean.

Con una analogía, Gérvas (2006) menciona que no es ir rescatando a los pacientes que flotan en las turbulentas aguas de un río de los factores de riesgo, sino represar o eliminar las fuentes culturales, económicas y sociales que aportan el caudal. Potencializando el trabajo y la calidad de las intervenciones de salud pública, desde el propio sector sociosanitario o desde otros sectores, como educación, justicia, trabajo y vivienda.

La mayoría de los autores y programas gubernamentales de temas preventivos, no consideran este tipo de intervención como parte de la prevención y promoción de la salud. Asimismo Modl y Stein (1986), Skrabanek y McCormick (1992), y Gérvas (2007) señalan la separación de ésta respecto a los otros tipos de prevención, dejando de lado recursos importantes, como en el caso de la diabetes, la cual los factores de riesgo hereditarios o adquiridos (hábitos: estilo de vida) son clave en la prevención, especialmente en la DM tipo 1, el tratamiento con insulina debe aplicarse regularmente, de lo contrario originaría repercusiones orgánicas y emocionales, coma diabético o la muerte del paciente. También, la importancia de una atención integral considerando los factores de riesgo no pueden ignorarse, como sucede en la DM tipo 2, sino se prestara la suficiente atención a los hábitos insanos (exceso en grasas y azúcares, vida sedentaria, estrés crónico) la población ignoraría sus repercusiones, y la diabetes incrementaría aún más.

Gérvas (2006) menciona la importancia de potencializar el trabajo y la calidad de las intervenciones de salud pública, desde factores como educación, justicia, trabajo y vivienda; sin embargo es imprescindible conocer las circunstancias o situaciones que fomentan la salud, o aumentan las probabilidades de una persona

de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud, y con ello obtener un objetivo en común.

Sin embargo a favor de la prevención cuaternaria, la prevención tiene como función principal, intervenir prematuramente para evitar el exceso de cuidados médicos y sobretratamiento, mismos que tienen repercusión orgánica, emocional, social y económica importante.

### **3.3. Estrategias de prevención de la Diabetes Mellitus**

El futuro de la prevención depende de la capacidad de planificación que se tenga acerca de la misma. Lo que la prevención sea en un futuro, dependerá de la capacidad de planificación de la misma, desde aquí y ahora (Buela, Fernández y Carrasco, 1997).

La mayoría de los estudios encaminados a la prevención de la enfermedad en cualquiera de sus etapas, se basa principalmente en la adquisición de conocimientos por parte de la población. Sánchez, Zerquera, Rivas, Muñoz, Gutiérrez y Castañeda (2010) llevaron a cabo un estudio para medir el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en pacientes. Se efectuó un estudio descriptivo de una serie de casos realizado en el período comprendido entre enero y junio del 2008. El universo estuvo integrado por 120 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2. Para determinar el nivel de conocimientos se aplicó un pretest diseñado por el grupo de trabajo educativo del Centro de Atención y Educación al Diabético que se aplica a todos los pacientes ingresados en el centro, la mayoría con nivel socioeconómico medio-bajo.

Como resultado el sexo femenino predominó sobre el masculino. El mayor número de pacientes tenía entre 5 y 10 años de evolución de la enfermedad (40% en ambos grupos); en el grupo del sexo femenino el 21.7% posee un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad, y en el grupo del sexo masculino el 25%. Dentro de las enfermedades crónicas asociadas, se encuentra la hipertensión

arterial, la cardiopatía isquémica, la polineuropatía y la neuropatía las complicaciones crónicas más frecuentes. A modo de conclusión Sánchez et. al., (2010) determinaron que la mayoría de la población desconoce o tiene información distorsionada sobre la DM, por lo que concluyeron que se necesita un trabajo educativo sostenido, para lograr mayores conocimientos sobre su enfermedad, su importancia y aprender a vivir mejor con ella.

Respecto a lo anterior, para llevar a cabo una completa y eficaz conducta preventiva, es necesaria la información, la cual debe ser entendible, precisa y enfocada a los diversos ambientes socio-culturales.

Ante la necesidad de lograr el apego al tratamiento no farmacológico, y evitar repercusiones mayores, la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2004) planteó la importancia de integrar a la educación y las intervenciones psicológicas comportamentales, pues hay una creciente evidencia de que el conocimiento por sí sólo es insuficiente para producir cambios significativos en el comportamiento.

Atendiendo a los anteriores planteamientos, se desarrolló y llevó a cabo un programa de Alimentación Sana Autocontrolada (ASA), el cual está basado en la técnica de autocontrol conductual y dirigido al cambio de hábitos alimenticios en pacientes diabéticos e hipertensos. El programa se elaboró bajo la consideración de que las personas que tienen habilidades de autocontrol tienen más éxito en el control de la enfermedad al seguir mejor el régimen dietético, de manera que una intervención enfocada a mejorar la percepción de autoeficacia y la habilidad de regular de manera independiente la propia conducta, tiene la posibilidad de mejorar la adherencia al tratamiento, la cual interviene en la etapa de prevención terciaria.

El logro del proceso de guiar, dirigir y regular la propia conducta pone como principal agente al paciente, siendo así protagonista de su autocuidado, modificando positivamente su conducta y su ambiente (Bornas, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2004; Reynoso y Seligson, 2005).

De esta manera, Pantoja, Domínguez, Moncada, Reguera, Pérez y Mandujo (2011) analizaron el efecto del Programa Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) que Pantoja y Mandujo (2011, en Pantoja, et al., 2011) diseñaron sobre los conocimientos en recomendaciones alimenticias entre pacientes diabéticos e hipertensos, conocimientos sobre procedimientos de autocontrol e indicadores objetivos de salud (índice de masa corporal, glucosa y presión arterial).

Mediante un diseño cuasi-experimental, sin grupo control, con pre y post-test, participaron 17 personas con diabetes y/o hipertensión arterial con edades entre los 46 y 70 años. El Programa se conformó por 19 sesiones, de las cuales 15 se impartieron de manera grupal y cuatro de manera individual, que abarcaron aspectos de motivación para el cambio de hábitos, recomendaciones dietéticas, autocontrol alimenticio, apoyando con exposiciones y ejercicios sobre temas del cuidado de la salud, autoestima, manejo de emociones y comunicación familiar, solución de problemas y planeación de compra, incorporando a lo largo de todo el proceso las dimensiones educativa y comunitaria como complementarias y facilitadoras para el cambio.

Los resultados mostraron aumentos estadísticamente significativos en los conocimientos sobre dieta, conocimientos sobre el autocontrol y una disminución también significativa en IMC, glucosa y presión sistólica. Los resultados apuntan una evaluación favorable del Programa ASA, siendo valiosa su aportación al cuerpo de conocimientos sobre educación diabetológica, en donde hasta el momento ha sido incipiente la integración de técnicas para el manejo conductual (Pantoja et al., 2011).

Respecto a lo anterior, se reconoce la dimensión educativa en los programas de intervención y prevención de la salud, como el caso de la DM. Sin embargo, en México la Secretaría de Salud, a través de sus campañas preventivas, ha difundido la prevención como un proceso global, sin etapas claramente establecidas, en la cual se dan recomendaciones abundantes respecto a lo que debe y no hacer la población, en ocasiones creando estereotipos físicos, e inconsistentes, que dejan saturadas a las personas de información, y débilmente

la dotan de las habilidades y creencias necesarias para evitar, aplazar o enfrentar las recomendaciones dadas.

La educación diabetológica debe incluir información entendible y precisa, asimismo incorporando técnicas psicológicas en la población. Siendo de importancia la generación de alternativas cada vez más efectivas, las cuales se reflejen en resultados alentadores en la población diabética o en riesgo.

Por lo tanto el siguiente capítulo estará enfocado a la autoeficacia como estrategia preventiva en DM, la cual por sus principios cognitivos, emocionales y conductuales genera expectativas en la utilización preventiva. Y como parte del compromiso que los psicólogos de la salud tienen de innovar y optimizar los conocimientos, conceptos y estrategias, con el fin de preservar y mejorar la salud.

## **4. LA AUTOEFICACIA COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA EN DIABETES MELLITUS**

### **4.1. Antecedentes teóricos de la autoeficacia**

Diversas teorías influyeron en la creación del concepto de autoeficacia, una de ellas principalmente es la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, que fue identificada en un primer momento como Teoría del Aprendizaje Social. En la Teoría Social Cognitiva, el aprendizaje es concebido principalmente como una adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información. Por todo esto, sumado el interés de Bandura por diferenciar su postura de otras teorías del aprendizaje con enfoques diferentes, la teoría se denominó Social Cognitiva, en donde la parte social es patente en su reconocimiento del origen social de los pensamientos, acciones humanas y la dimensión cognitiva, así como la contribución de los procesos de pensamiento a la motivación, la emoción y la conducta humana (Bandura, 1987, en Olaz, 2001).

Esta teoría plantea con mayor frecuencia que las presiones evolutivas alteran el comportamiento humano, de manera que el hombre es capaz de crear innovaciones ambientales cada vez más complejas; y este ambiente modificado produce nuevas presiones selectivas para la evolución de sistemas biológicos especializados en la conciencia funcional, el pensamiento, la comunicación simbólica y el lenguaje (Ruiz, 2005).

De esta forma, Bandura (1986, en Bandura, 1994) describe el comportamiento desde la Teoría Social Cognitiva, y como parte de las bases del modelo de autoeficacia, una triada de acción recíproca, es decir, se describe por medio de tres componentes que operan en interacción unos con otros. Los tres componentes determinantes de acción propuestos son: personales en forma de emociones, cogniciones y factores biológicos; la conducta e influencias ambientales (Pajares y Schunk, 2001; Olaz, 2001). Bandura sostiene que, al

analizar la influencia de los estímulos externos en el comportamiento humano, se debe entender la forma en que el individuo, cognitivamente, procesa e interpreta esos estímulos. La Teoría Social Cognitiva subraya la importancia de lo que Bandura denomina autosistema, entendiendo como el conjunto de procesos por los que el hombre regula su conducta a través de criterios internos y reacciones autoevaluatoras, como la capacidad simbolizadora, capacidad de previsión, capacidad vicaria, capacidad autorreguladora y la capacidad de autorreflexión.

La capacidad simbolizadora, permite a los seres humanos contar con un poderoso medio de cambio y adaptación al entorno que otorga una gran flexibilidad y permite trascender la propia experiencia sensorial. Esta capacidad permite comunicarse con los demás a cualquier distancia, momento y lugar. Por medio de ésta los individuos pueden representar cognitivamente su entorno y de esta forma ensayar de forma simbólica posibles soluciones a situaciones problemáticas que esté presente, generar nuevos cursos de acción, otorgar significado, forma y continuidad a las experiencias vividas así como anticipar cognitivamente acontecimientos futuros.

Bandura (1987, en Olaz, 2001), y Pajares y Schunk, (2001) indican que la capacidad de previsión, permite a las personas motivarse y regular sus actos convirtiendo las consecuencias probables en motivadores cognitivos eficaces. Por medio de esta capacidad los sujetos predicen las consecuencias más probables de sus acciones futuras, se ponen metas a sí mismos y planifican cursos de acción para ocasiones previstas del futuro. Esta capacidad puede dar lugar a una conducta incluso cuando las condiciones presentes puedan no ser idóneas para ello, otorgándole a ésta mayor flexibilidad y autonomía de los determinantes del entorno presente. La representación de los acontecimientos futuros tiene un importante rol causal en la conducta presente del individuo. La previsión se traduce en acción mediante la ayuda de mecanismos de autorregulación.

La capacidad vicaria, permite a los seres humanos la rápida adquisición de patrones de conducta nuevos, y de habilidades complejas sin tener que recurrir al ensayo y error. Más aún, algunas capacidades complejas específicamente

humanas, tales como las habilidades lingüísticas sólo pueden adquirirse por aprendizaje vicario. Esta capacidad ocupa un lugar primordial en lo que respecta a la transmisión de conductas por medio de señales sociales.

Finalmente, Bandura considera dos importantes capacidades en el ser humano relacionadas al autosistema: la capacidad autorreguladora y la capacidad de autorreflexión. De acuerdo a la teoría, gran parte de la conducta del ser humano está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios actos. Mediante esta capacidad las personas determinan sus propios cursos de conducta. Una vez que los criterios internos de evaluación han sido establecidos, el ser humano los utiliza para evaluar sus actuaciones. Las discrepancias entre la actuación y los criterios internos activan las reacciones autoevaluadoras que sirven para influir en la conducta posterior. De esta manera, creando condiciones ambientales facilitadoras, utilizando métodos cognitivos y por medio del autorreforzamiento el individuo ejerce una función regulatoria sobre sus propios actos y sobre su motivación. Desde esta perspectiva, el subrayar la importancia de esta capacidad no significa desconocer la importancia de las influencias ambientales, ya que los factores del entorno afectan continuamente los componentes del autosistema y las funciones autorreguladoras tienen su origen en éstos (Bandura, 1987, en Olaz, 2001; Pajares y Schunk, 2001).

Este sistema provee mecanismos de referencia y un conjunto de subfunciones que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones por medio de las cinco capacidades básicas: simbolizadora, de previsión, vicaria, autorreguladora y autorreflexión. La conducta humana va a ser la resultante del interjuego entre este autosistema y las influencias del medio externo.

La Teoría Social Cognitiva establece una imagen del ser humano como un individuo en búsqueda del desarrollo personal. También plantea como punto clave, que los individuos tienen creencias personales que les permiten ejercer una medida de control sobre sus sentimientos, pensamientos y acciones. Es decir, el

comportamiento de las personas se ve influido por lo que estas piensan, creen y sienten.

A partir de ello, Bandura sostuvo que lo que las personas piensan sobre ellas mismas, es clave en el ejercicio del control humano; y de aquí surge el concepto de autoeficacia, puesto que tal pensamiento de las personas sobre sus propias capacidades, es un mejor elemento que predice el comportamiento de las mismas. De tal manera que las personas son entendidas como productores y productos de sus ambientes y de sus sistemas sociales (Ruiz, 2005).

De esta forma, el concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura en el año de 1977 con la publicación de la obra "La autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual" la cual tiene sus orígenes en la Teoría Social Cognitiva (Olaz, 2001).

El constructo de autoeficacia, características, medida y su repercusión en la conducta humana ha suscitado el interés de investigadores de todos los ámbitos. La percepción de autoeficacia ha mostrado su relevancia en el comportamiento humano, demostrando su influencia en distintas áreas tales como la elección vocacional, el desarrollo físico en el ámbito del deporte, la medicina, en el mundo laboral, en la consecución de metas académicas en niños y adolescentes, y en la adaptación humana (Prieto, 2005, en Cartagena, 2008).

Canto (1999, en Cartagena, 2008) sostiene que en la última década el concepto de autoeficacia elaborado por Bandura se ha convertido en uno de los más estudiados ya que involucra aspectos importantes en la fijación y logro de metas, además permite identificar los factores y circunstancias que influyen en la percepción que tiene la persona de sus propias capacidades (autoeficacia percibida), lo que permite intervenir y lograr que tales creencias actúen en beneficio de cada uno, en diversos aspectos de la vida.

## 4.2. Definición de autoeficacia

El concepto de autoeficacia propuesto en 1977 por Bandura, y de acuerdo a las bases del modelo, Baessler y Schwarzer (1996, en Rueda y Pérez 2004) y Flores (2007) mencionan que la autoeficacia significa creer en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta necesaria para lograr un resultado deseado. De esta manera, en palabras de Bandura, la autoeficacia es el “juicio personal sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados” (Bandura, 1986; pág. 391 en Devellis y Devellis, 2000) dicha definición se complementa en 1998, cuando alude que la autoeficacia es la convicción de que se tendrá éxito al llevar a cabo la conducta en cuestión, la confianza en los resultados que tiene una persona al decidir cambiar o mantener cierta acción o conducta. Tal convicción influye en cómo la persona encara los desafíos y las metas que se plantea, el grado de esfuerzo que invierte en lograrlas, los resultados que espera alcanzar y la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos (Devellis y Devellis, 2000).

Cabe señalar que la autoeficacia es una creencia, creer en nuestra propia capacidad de llevar a cabo una acción determinada; sin embargo, no se debe confundir, ya que la autoeficacia es creencia, y no conocimiento, habilidad o aptitud que tiene una persona. En otras palabras, el mero conocimiento no aumenta la autoeficacia. Por ejemplo, una persona sabe que dejar de consumir alimentos chatarra, refrescos, y tener actividad física, reducirá el riesgo de tener obesidad, y por consecuencia la posibilidad de DM. Sin embargo, no cree que podrá dejar de consumirlos o sustituirlos por fruta, y menos hacer ejercicio. Por lo que, el conocimiento de las acciones para el cambio de conducta alimentaria, no fortalece la creencia de que es capaz de eliminar de su dieta estos alimentos, o ser capaz de mantener actividad física. Si bien, esa persona sabe que dichas acciones la conducirán al resultado deseado (el cual es, no tener obesidad), carece de la autoeficacia o creencia de que puede llevar a cabo esas acciones.

Con base a lo anterior, Bandura (1977) explica que una persona puede tener pocas habilidades, pero si tiene una alta autoeficacia, por ejemplo, cree que puede

Llevar a cabo una acción, entonces tendrá más probabilidades de seguir intentando y de hacer mayores esfuerzos. Hacer mayores esfuerzos y no rendirse es lo que, por lo general, lleva al éxito y a su vez refuerza la creencia y aumento en la propia capacidad, indica Bandura.

A partir de lo expuesto, uno de los factores cognitivos que juegan un papel importante en la adaptación del paciente a la enfermedad es la opinión que éste tenga sobre su eficacia personal para hacerle frente. La autoeficacia percibida se define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento deseado. El concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos que se dispongan, sino a la opinión que se tenga sobre lo que puede hacer con ellos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes (Rothman, Salovey, Antone, Keough y Martin, 1993, en Flores, González y Valencia, 2010).

Cabe distinguir, que la expectativa de autoeficacia se diferenciaría de la expectativa de resultado, en que esta última hace referencia a la percepción de las posibles consecuencias de una acción. Así, por ejemplo, una persona puede creer que saber algunos temas puede ayudar a aprobar el examen (expectativas de resultado), sin embargo, no se considera capaz de llegar a saber dichos temas (no tendría expectativa de autoeficacia).

Bandura (1977, en Celis, 2002) distingue tres dimensiones en las expectativas de autoeficacia: la magnitud, la fuerza y la generalidad. La magnitud hace referencia a la estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en ese momento y circunstancias. La fuerza se refiere a la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado. Y la generalidad, se refiere al grado en que el individuo considera que dispone de los resultados precisos para poder solucionar cualquier situación, o de ser eficaz ante algunas circunstancias concretas y específicas.

La autoeficacia forma parte del autoconcepto, y se desarrolla en interacción con el ambiente social y el proceso de individuación, dado que éste permite la adquisición de conocimientos acerca de uno mismo y el mundo externo, el desarrollo de competencias y, por esta vía, la adquisición del sentido de eficacia personal (Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura (2001, en Avendaño y Barra, 2008)).

Finalmente, Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) y Bandura (2000, en Barrera y Vargas, 2005) coinciden en que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos; generan expectativas de resultados favorables para sus acciones, y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas, eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

#### **4.2.1. Componentes de la autoeficacia**

Las creencias de autoeficacia presentan gran influencia en el ser humano, ya que actúan sobre sus pensamientos (cogniciones), sentimientos (afecto y motivación) y comportamientos (Bandura, 1997).

Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción (Sanjuán et al., 2000) de la misma forma, el comportamiento de las personas, puede ser predicho por las creencias que los individuos tienen acerca de sus propias capacidades, puesto que estas percepciones contribuyen a delinear qué es lo que las personas hacen con las habilidades y el conocimiento que poseen (Pajares y Schunk, 2001). De esta manera, un aspecto que resalta la importancia de la autoeficacia es su valor predictivo de la conducta humana.

En general, la creación de la eficacia percibida empieza en los primeros años. En esta etapa, el niño no puede hacer adecuadas autoevaluaciones, por lo que confía en los juicios de otros para crear su autoconfianza y sentido de valía. Durante este período, padres y profesores que ofrecen tareas desafiantes e interesantes, y que monitorean a los niños mientras las hacen, apoyando sus esfuerzos, ayudan a promover un fuerte sentido de eficacia (Pajares y Schunk, 2001).

De esta forma, la conformación de la autoeficacia se da por medio de las contingencias directas al desempeño, experiencias vicarias (modelos sociales), persuasión social y aspecto emocional.

Por lo que, entre las formas de crear y desarrollar la autoeficacia percibida, se encuentra en primer lugar, el manejo exitoso de experiencias. Mientras que los éxitos crean una fuerte convicción en la eficacia personal, los fracasos generan lo opuesto, en especial, si los últimos acontecen antes que el sentido de autoeficacia esté fuertemente establecido. Un sentido de autoeficacia fuerte no se forma con éxitos fáciles, ya que si la persona solo experimenta estos, se acostumbra a rápidos resultados y se desanima fácilmente ante el fracaso. En cambio, el sentido de autoeficacia fuerte se formará con la experiencia de vencer obstáculos mediante esfuerzos perseverantes. Posteriormente, cuando las personas están convencidas de que tienen lo necesario para tener éxito, perseveran ante las adversidades y se recuperan rápidamente de sus traspies (Bandura, 1995).

En segundo lugar, se encuentran las experiencias vicarias proporcionadas por modelos sociales. Si las personas observan a otras personas similares a ellas lograr el éxito mediante un esfuerzo constante, la creencia en que ellas puedan lograr el éxito en actividades similares se verá aumentada. De la misma manera, si los observadores aprecian que personas parecidas a ellos, a pesar de arduos esfuerzos, fracasan, la evaluación del nivel de eficacia de los observadores y su motivación se ve afectada negativamente (Bandura, 1995). La observación de modelos es importante, sobretodo, cuando se trata de desarrollar la autoeficacia en tareas con las que los sujetos no están familiarizados (Pajares y Schunk, 2001).

Los modelos cumplen roles importantes para las personas: por un lado, proporcionan estándares sociales en relación con los cuales los individuos juzgan sus propias capacidades; por otra parte, las personas buscan modelos que posean competencias deseadas. Estos modelos a través de su manera de pensar y comportamiento, transmiten conocimiento y les enseñan a los observadores habilidades y estrategias para responder satisfactoriamente a las demandas del ambiente. La percepción de autoeficacia aumenta con la obtención de mejores medios para lidiar con el ambiente (Bandura, 1995).

La persuasión social constituye otra fuente de autoeficacia; personas persuadidas verbalmente de que poseen las habilidades necesarias para dominar determinadas actividades, son más propensas a realizar un esfuerzo considerable y constante en comparación con aquellas que dudan de sus propias capacidades. De la misma manera, las personas que han sido convencidas de que carecen de capacidades, se rinden fácilmente ante las dificultades y tienden a evitar actividades desafiantes que promuevan sus potencialidades. Se debe resaltar que es fácil desestimar creencias de eficacia personal establecidas sobre la base de la persuasión social, puesto que estas pueden ser rápidamente contradichas ante resultados decepcionantes en la práctica (Pajares, 2002).

Como una cuarta fuente de alteración de las creencias de autoeficacia, se encuentra el aspecto emocional o estados afectivos fisiológicos. Es importante mejorar el estado físico, reducir el estrés o ansiedad, el miedo y corregir las interpretaciones erradas, ya que las personas se guían por sus estados físicos y psicológicos para evaluar sus capacidades, y por lo tanto su desempeño y/o vulnerabilidad. El humor también influye en la evaluación de la eficacia personal; el mal humor disminuye la eficacia percibida, mientras que el buen humor la aumenta. Cabe decir que lo importante no es la intensidad de las reacciones emocionales, sino la manera en que éstas son interpretadas. Por ejemplo, personas con alto sentido de autoeficacia tienden a ver sus estados de activación como energizantes facilitadores de la acción, mientras que los individuos que

albergan dudas sobre ellos mismos los consideran como un debilitador (Pajares, 2002).

El conformar, crear y desarrollar una alta autoeficacia en un aspecto de la vida de las personas, ya sea académico, de trabajo, pareja, salud, aumenta la posibilidad de transmitirlo a los otros aspectos de la vida (Ruiz, 2005).

### **4.3. Modelos explicativos de la autoeficacia**

La autoeficacia se interesa principalmente en el rol de los factores cognitivos y en cómo estos afectan las emociones y la conducta, así como la influencia del medio ambiente en la cognición. Los resultados de diversas líneas de investigación, revelan que la percepción de la autoeficacia ejerce un considerable impacto en el desarrollo humano y la adaptación. La autoeficacia percibida actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina en gran medida la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas, y las respuestas emocionales asociadas (Carrasco y Del Barrio, 2002, en Flores, González y Valencia, 2010).

Como se ha expuesto, el funcionamiento humano, en general, es regulado por **las creencias de eficacia**. Esta regulación se produce mediante cuatro procesos: cognitivo, motivacional, afectivo y selectivo. Dichos procesos, normalmente actúan juntos regulando el funcionamiento humano, y las creencias de autoeficacia tienen efectos importantes sobre ellos.

Los efectos de las creencias de eficacia sobre los procesos cognitivos se pueden explicar de la manera siguiente: ya que mucho del comportamiento intencional del ser humano está regulado por metas significativas para la persona; el planteamiento de metas está afectado por la evaluación de las capacidades personales; por lo tanto, cuanto más alta sea percibida la autoeficacia personal, más alto será el nivel de las metas que se impongan (Ruiz, 2005).

Las personas piensan en los escenarios posibles que resultarán de sus acciones antes de actuar y plantean sus metas de acuerdo con ellos. **Las creencias de autoeficacia** dan forma a esos escenarios mentales anticipados. Por ello, las personas con un alto sentido de eficacia anticipan situaciones exitosas con pautas para un desenvolvimiento correcto. Por el contrario, las personas con un bajo sentido de eficacia prevén todo lo que puede ir mal, y anticipan escenarios de fracaso (Bandura, 1995).

Las **creencias de autoeficacia** también son importantes en la autorregulación de los procesos motivacionales. Existen tres motivadores cognitivos: atribuciones causales, expectativas de resultados y metas cognitivas.

Las **creencias de autoeficacia** influyen sobre las **atribuciones causales**, las cuales afectan la motivación, las reacciones afectivas y el desempeño. Las personas que se consideran ineficaces, atribuyen sus fracasos a la baja habilidad. Contrariamente, las personas con alto sentido de autoeficacia, atribuyen sus fracasos a situaciones adversas o al esfuerzo insuficiente (Ruiz, 2005).

Respecto de las **expectativas de resultados**, Bandura (1995) indica que la motivación se ve regulada por la expectativa de que determinado comportamiento produzca determinado resultado, y por el valor que tiene ese resultado. Sin embargo, a la vez que las personas actúan de acuerdo con las creencias en los probables resultados de sus actos, también actúan de acuerdo con sus creencias en lo que pueden hacer o no. De esta manera, las creencias de autoeficacia afectan la motivación influida por expectativas de resultados.

Por otra parte, Bandura (1995) menciona que la motivación basada en la **autoimposición de metas**, implica la comparación del desempeño con un estándar personal. La satisfacción está supeditada a alcanzar el estándar, el cual le da dirección al comportamiento de la persona, mientras que ésta crea incentivos para mantener su esfuerzo constante hasta alcanzar su objetivo.

Pajares (2002) señala que las creencias de autoeficacia influyen en este tipo de motivación, ya que, de acuerdo con lo que la persona se cree capaz de hacer,

establece metas, determina el esfuerzo que emplea, el tiempo de persistencia ante las adversidades y su resistencia a los fracasos. En este sentido, dado que los fracasos son atribuidos al esfuerzo insuficiente, falta de habilidad y conocimientos que pueden ser adquiridos, individuos que creen en sus capacidades personales, persisten ante las dificultades y se esfuerzan más cuando fallan en conseguir los resultados. Por el contrario, aquellos que dudan de sí mismos, tienden a rendirse rápidamente ante las dificultades.

Respecto de los **procesos afectivos**, como la depresión, ansiedad y el nivel de activación, se puede decir que son influidos por las creencias de autoeficacia.

En primer lugar, las creencias de autoeficacia afectan el procesamiento cognitivo de los posibles peligros del ambiente y su vigilancia. Por consiguiente, Ruiz (2005) señala que las personas que consideran que potenciales amenazas ambientales escapan de su control, ven al ambiente plagado de éstas. No obstante, debido a la angustia, estas personas sufren alta ansiedad y su nivel de funcionamiento se ve afectado. Por otro lado, las personas que consideran tener control sobre las probables amenazas ambientales, no viven pendientes de éstas y no experimentan pensamientos perturbadores relacionados con ellas.

Una segunda manera en que las creencias de autoeficacia regulan la ansiedad, el nivel de activación y la depresión, es mediante el control sobre los pensamientos perturbadores reiterativos. Pajares (2002) menciona que debe tenerse en cuenta que la mayor fuente de estrés no es la frecuencia de los pensamientos perturbadores, sino la falta de habilidad para anularlos. También señala que la influencia ante amenazas sobre las que cree que se tiene control, se evidencia un nivel bajo de ansiedad y de activación. Sin embargo, menciona que conforme se enfrenta a amenazas que se cree están fuera del control de la persona, los niveles de ansiedad y de activación aumentan. No obstante, después de aumentar el nivel de percepción de control (de autoeficacia) al máximo, las personas enfrentan las mismas amenazas sin sufrir ansiedad o estrés.

En tercer lugar, mediante el favorecimiento de formas de comportamiento eficaces que transforman situaciones amenazantes en seguras, las creencias de autoeficacia reducen o eliminan la ansiedad. De esta manera, la creencia de autoeficacia actúa sobre el comportamiento de afrontamiento. Conforme el sentido de autoeficacia aumente, las personas tenderán a enfrentar más situaciones difíciles que generan estrés, teniendo un mayor éxito en amoldar estas situaciones a su gusto. Si por el contrario, menciona Bandura (1995), el sentido de eficacia para ejercer control es bajo, se producirán ansiedad y depresión. Un sentido de control bajo, guía hacia la depresión por tres caminos.

Entre los cuales se encuentran, las aspiraciones insatisfechas: autoimponerse estándares de los que depende la valía personal y no poder satisfacerlos produce depresión. Asimismo, la depresión lleva un bajo sentido de eficacia social para desarrollar relaciones satisfactorias, que aminoren los efectos de estresores crónicos. Por lo tanto, un bajo sentido de eficacia para crear relaciones satisfactorias, que den apoyo a la persona, favorece la depresión directa e indirectamente constriñendo la evolución de apoyos sociales. Y finalmente, la depresión se da a través de la eficacia en el control del pensamiento, especialmente del pensamiento perjudicial reiterativo. La ocurrencia, duración y recurrencia de episodios depresivos pueden ser fomentados por un pensamiento perjudicial reiterativo. El humor y la eficacia percibidos, se influyen mutuamente y pueden constituirse en un círculo vicioso. En tanto, la depresión aparece si se tiene un bajo sentido de eficacia para conseguir los objetivos que traen autosatisfacción y autovalía; y un humor depresivo disminuye la confianza en la eficacia personal (Bandura, 1995; Pajares, 2002).

Dentro de los procesos selectivos, las personas desarrollan su vida cotidiana en relación con los ambientes y actividades que eligen. Estas elecciones son hechas de acuerdo con la percepción de la eficacia para manejar o no determinados ambientes y actividades. Así, las personas evitan los ambientes y actividades en los cuales no se sienten hábiles ni listos para seleccionar los que creen capaces de manejar. Por ejemplo, en su mayoría, un estudiante que se siente

incompetente en geometría no elegirá la arquitectura como carrera, pese a que pueda mostrar su interés por ella (Pajares, 2002). Se desarrollan así, ciertas potencialidades y estilos de vida, por lo que las creencias de autoeficacia son importantes en la influencia del desarrollo personal (Bandura, 1995).

Finalmente, Bandura (1995) y Pajares (2002) señalan que hay factores que afectan el rol mediacional que los juicios de autoeficacia tienen en el comportamiento, lo cual se refiere a la falta de incentivos y otras limitaciones. Es decir, una persona con una alta autoeficacia y habilidad puede decidir no comportarse de acuerdo con sus creencias y habilidades; esto se explica porque puede carecer de los recursos necesarios para hacerlo, de incentivos o puede encontrar restricciones sociales en sus deseos. En estos casos, la autoeficacia fallará en la predicción del comportamiento. Asimismo, en situaciones donde las metas y el desempeño necesario para lograrlas no son claros, la autoeficacia percibida es de poca utilidad para predecir el comportamiento; las personas no saben cuánto esfuerzo emplear, cuánto tiempo sostenerlo, cómo corregir errores, etc., en estas situaciones los sujetos no pueden evaluar eficazmente su autoeficacia y deben confiar en experiencias previas, lo cual ofrece una pobre predicción del desempeño.

#### **4.4. Evidencia empírica de la relación de autoeficacia y Diabetes Mellitus**

Siendo la autoeficacia una creencia en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta necesaria para lograr un resultado deseado, ésta permite observarse y estudiarse en diferentes aspectos de la vida: académico, familiar, social, laboral y salud, este último importante en la actualidad, ya que la mayoría de las enfermedades son prevenibles, o puede aplazarse el tiempo a su surgimiento, mediante estilos de vida saludables, una de ellas es la DM, que como se ha abordado previamente, es una de las principales causas de muerte en México, siendo la DM de importancia, sobretodo en la población mexicana.

Dentro del papel que le pertenece a la psicología dentro de la salud, la cual se conoce como física, mental y social, corresponden respuestas o soluciones referentes a la conducta de la población, sobretodo aquella que se encuentra en riesgo o que la padece; una respuesta y posible alternativa que se puede manejar en cuanto al estilo de vida de la población es la autoeficacia, la cual sabemos que permite el control y la creencia en nuestra capacidad para lograr modificar los hábitos insanos, los cuales influyen de manera directa en la manifestación, evolución, control y deterioro de cualquier enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, Vinaccia (2005, en Flores et al., 2010) señala que en cuanto a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, indica que estas personas consistentemente tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, menos enfermos o deprimidos, y se recuperan mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia.

En un estudio realizado por Avendaño y Barra (2008), cuyo objetivo fue examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas, y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la autoeficacia y el apoyo social percibido, los participantes fueron 75 adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 18 años, con diagnóstico de diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal del hospital regional de Concepción en Chile. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida, la Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Realizaron la entrevista a cada adolescente y su tutor, donde explicaron de modo general el objetivo del estudio y solicitaron su colaboración. Las personas que accedieron a participar, contestaron individualmente los instrumentos en una sesión de aproximadamente 45 minutos en dependencias del hospital.

Como parte de los resultados y discusión, muestran que la autoeficacia tiene una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, explicando un tercio de la varianza; mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca

influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes. En cuanto al variable género, la única diferencia significativa fue que los hombres informaron un mayor nivel de bienestar físico que las mujeres.

El hecho de que la autoeficacia muestre tener una influencia significativa en la calidad de vida de este grupo de adolescentes con enfermedades crónicas, es consistente con evidencias en adultos que muestran que la autoeficacia sería un factor crucial para la percepción de estado de salud, la calidad de vida general y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas (Kohler, Fish y Greene, 2002; Kuijer y De Ridder, 2003; Wahl, Rustoen, Hanestad, Gjengedal y Moum, 2005). Así por ejemplo, en un estudio con pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Kohler et al., (2002) encontraron que la autoeficacia mediaba la relación entre la función pulmonar y la calidad de vida. Por su parte, en un estudio con pacientes portadores de fibrosis quística en el cual se utilizó la Escala de Autoeficacia Generalizada, Wahl et al., (2005) encontraron que la autoeficacia tenía una influencia directa tanto en el impacto percibido de la enfermedad (estado de salud) como en la calidad de vida global.

Los resultados obtenidos subrayan la importancia de los factores cognitivos y conductuales en la calidad de vida, ya que muestran que algunos individuos pueden percibir una buena calidad de vida aun padeciendo una enfermedad crónica, con todo lo que ella implica desde el punto de vista físico. Por lo cual se puede plantear que la calidad de vida relacionada con la salud depende en un grado importante de algunos factores personales y del establecimiento de una determinada relación con el contexto social y el ambiente externo, en todo lo cual la autoeficacia puede desempeñar un rol fundamental.

De esta manera, como parte de la relación que las creencias, cogniciones, emociones y comportamiento de las personas influye en la salud-enfermedad, Rueda y Pérez (2004) llevaron a cabo una investigación, que tuvo como objetivo el análisis comprensivo de los Cinco Factores de Personalidad (extraversión, afabilidad, tesón, neuroticismo, apertura a la experiencia), la Autoeficacia Generalizada y la Competencia Percibida en Salud, en relación con la predicción

de determinados criterios de salud, como el bienestar subjetivo, la satisfacción personal y las conductas de prevención.

Los participantes fueron 173 (76% mujeres y 24% varones), siendo la edad media de 33 años, y con un rango entre los 17 y 67 años. Todos los participantes fueron estudiantes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, de los primeros cursos de psicología, los cuales completaron medidas de los Cinco Factores, Percepción de Autoeficacia Generalizada (AEG) y Competencia Percibida en Salud (CPS), junto con criterios de salud y afrontamiento. Los resultados mostraron que los rasgos de personalidad explicaban un porcentaje de la variabilidad de la satisfacción personal más alto que el aportado por las creencias de autoeficacia. En el caso del bienestar, y en contra de lo esperado, el predictor más importante fue la CPS, siendo su contribución superior a la de los rasgos de personalidad. La AEG, por su parte, no resultó significativa en la predicción de este criterio. No obstante, con respecto a las conductas de prevención, la AEG dio cuenta del mayor porcentaje de varianza, seguida de la CPS. En este caso, los Cinco Factores no resultaron significativos ni explicaron ningún porcentaje de la variabilidad de las conductas preventivas.

Estos resultados, a la vez que avalan la idea de que la creencia de autoeficacia resulta de gran relevancia en el mantenimiento de un estilo de vida saludable (Bandura, 1997; Leganger y Kraft, 2003), sugieren que en la realización de este tipo de conductas, la percepción generalizada de autoeficacia podría tener un efecto superior al de la creencia de competencia relativa a la salud. Por lo que sugieren aplicar otros estudios con más población, considerando las creencias de autoeficacia como parte de una alternativa de prevención y adherencia en la salud de las personas.

Con respecto a lo anterior, las creencias de autoeficacia se reconocen como parte de la salud-enfermedad, ya que de una u otra forma, influyen en las cogniciones y comportamiento que las personas proyectarán para evitar, propagar y adherir al padecimiento en cuestión. Éste último considerado importante, ya que es a partir de la prevención secundaria o terciaria, cuando se interviene en los padecimientos

crónicos, entre ellos la Diabetes Mellitus, lo cual no es ideal, pero en México y en varios países suele intervenir en estas etapas.

Oviedo y Reild (2007) llevaron a cabo un estudio de la influencia de predictores psicológicos individuales que intervienen en la calidad de vida (CV) de las personas que padecen Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Como se sabe, la calidad de vida en las personas con DM tipo 2, es afectada por la cronicidad de la enfermedad; sin embargo, la percepción de CV en cada paciente es distinta debido a que en ella existen componentes subjetivos y objetivos relacionados con aspectos psicológicos, físicos y sociales. En México no se había evaluado simultáneamente la relación entre variables psicológicas, clínicas y vinculadas al autocuidado en DM tipo 2, ni su valor predictivo en relación con una misma medición de CV. La muestra consistió en 263 pacientes, mayores de 30 años con DM tipo 2 atendidos en centros de salud del Distrito Federal. Se evaluaron variables clínicas consultando el expediente clínico y llenando la hoja de datos relacionados con la enfermedad: años de evolución de la diabetes, tipo de tratamiento médico actual (dieta y ejercicio, hipoglucemiantes orales, insulina), presencia de hipertensión arterial, complicaciones relacionadas con la enfermedad, discapacidad y control glucémico. Para evaluar las variables individuales se utilizaron tres instrumentos psicométricos ya validados en población mexicana, y otros cuatro que por primera vez se aplicaron y validaron con población mexicana con DM tipo 2. Los tres instrumentos ya validados que se utilizaron fueron: La escala de autoestima "Yo como persona", la Escala de Locus de Control de La Rosa (1986), y Cuestionario de Calidad de Vida (validación en Diabetes). Los instrumentos que se validaron con población mexicana con DM tipo 2 fueron: El Cuestionario Freiburger de Estrategias de Afrontamiento de la Enfermedad, e Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud: Validación en Diabetes.

Como parte de los resultados y discusión, se muestra que la percepción promedio de CV fue regular, y se encontró que sólo variables psicológicas como expectativas de autoeficacia, locus externo (fatalismo-afectividad), afrontamiento

evitativo (fe religiosa), afrontamiento evitativo (distracción), índice de bienestar y locus interno, constituyeron predictores positivos; mientras que afrontamiento depresivo, constituyó un predictor negativo de CV. Este hallazgo en pacientes mexicanos confirma los supuestos de investigaciones previas (Feste y Anderson, 1995); Lustman et al., (2000); Rose et al., (2002); y Talbot et al., (1996, en Oviedo y Reild, 2007) en torno a la importancia de estas variables como predictores de CV.

Bajo esta consideración, Oviedo y Reild (2007) indican que los hallazgos del estudio sugieren que los pacientes de esta población pueden mejorar su percepción de CV fortaleciendo su percepción de autoeficacia, su autoestima positiva y bienestar personal, manejando un estilo de afrontamiento activo y enfocado a resolver sus problemas pero a la vez recurriendo a un afrontamiento evitativo (fe religiosa) y recibiendo un mayor apoyo externo (equipo de salud). Asimismo, el deterioro de este constructo mencionan Oviedo y Reild (2007), puede disminuir o revertirse modificando un estilo de afrontamiento depresivo por otro más activo.

Finalmente, se amplía el panorama en relación a las expectativas de autoeficacia y las diferentes alternativas que toman las personas respecto a la prevención, surgimiento y adherencia de una enfermedad crónica, como la Diabetes Mellitus.

La psicología es una disciplina que puede aportar soluciones en el campo de la salud y particularmente en el control de la diabetes. Las cifras de prevalencia de esta enfermedad son devastadoras y, como cualquier otro problema de salud, la prevención es la mejor herramienta. Y parte del objetivo del presente trabajo, radica en ello.

Desde una perspectiva psicológica, un programa de prevención en diabetes debe contar con una estrategia que permita dotar al paciente de competencias de tipo extrasituacional que se traduzcan en la eliminación de sus conductas instrumentales de riesgo, así como al establecimiento de conductas preventivas que pueden ir desde la evitación de situaciones que favorecen prácticas no

saludables, hasta el despliegue de habilidades para interactuar de manera efectiva con las contingencias situacionales de su vida cotidiana. Todo ello con el propósito de disminuir la vulnerabilidad biológica y de prevenir los daños irreversibles a órganos y sistemas, característicos de una diabetes no controlada.

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En el proceso de creación y consolidación de la psicología de la salud, se delimitaron y establecieron las funciones que tiene el psicólogo en el ámbito de la salud, así como la relación entre las conductas de salud y enfermedad, siendo que en la actualidad las enfermedades crónico degenerativas son la principal causa de muerte en el mundo, y las cuales el tiempo de surgimiento se puede aplazar o prevenir.

Por lo que los psicólogos de la salud, se han enfocado en los estilos de vida (hábitos y patrones de conducta), enfocándose en cómo la persona percibe, define y actúa con relación a la presencia de síntomas; asimismo, cómo se comporta para preservar la salud o al adoptar determinados riesgos, ya que a partir de ello, la población, sobretodo en riesgo, es vulnerable a desarrollar enfermedades crónicas.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que se encuentra entre las primeras causas de muerte en México, la cual llega a ser degenerativa sino se atiende a tiempo o se dan los cuidados necesarios, y se encuentra de manera directa relacionada con la conducta de las personas.

La importancia del presente trabajo radica en el análisis de la autoeficacia como estrategia preventiva en Diabetes Mellitus, en la cual se considera la prevención y autoeficacia como parte del compromiso que los psicólogos de la salud tienen de innovar y optimizar los conocimientos, conceptos y estrategias, con el fin de preservar y mejorar la salud.

El tema de prevención es amplio, abarcando desde que el paciente se encuentra sano (primaria), hasta las diferentes etapas de su enfermedad (regularmente secundaria y terciaria), por lo que es significativa la magnitud de beneficios que trae a la población en diferentes ámbitos, económica, social, familiar, personal, física y psicológica. La prevención también tiene un efecto combinado de actitud,

perspectiva, modo de ver la realidad y opción estratégica, que inducen a pensar y a actuar de una forma característica.

A pesar del énfasis que se lleva a cabo en cuanto a la prevención de la diabetes, de la información y anuncios publicitarios, son varios los factores sociales, familiares, económicos y comerciales, que reducen la posibilidad de dar continuidad a los hábitos saludables o modificar los de riesgo para la salud, por lo que es importante implementar métodos que aporten las herramientas necesarias para que las personas logren un autocontrol, y con ello lograr un estilo de vida saludable, y la prevención de enfermedades, en este caso de la Diabetes Mellitus.

Con base a lo anterior, tenemos el método considerado como el principal proceso que determina el inicio de una transformación de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo que la persona invierte en la ejecución de la conducta, y el mantenimiento en la acción a pesar de los obstáculos, es la expectativa de autoeficacia, la cual fue propuesta por Bandura en el año de 1977.

La autoeficacia es un punto clave en temas de relevancia como es la salud y enfermedad, ya que comprende las expectativas de los individuos concernientes a sus propias capacidades para realizar tareas, mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo; lo cual se pretende lograr con el cambio de hábitos y conductas de la población principalmente en riesgo o que tiene la enfermedad.

El éxito de trabajar con autoeficacia puede llevar a sentimientos positivos más generalizados acerca de sí mismo. Por lo que, la autoeficacia interviene en la determinación personal para la acción, e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzo empleados por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos.

Algunos estudios han hallado que cuando los pacientes con enfermedad crónica pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad (Bandura, 1987). Una percepción inadecuada sobre la enfermedad podría generar

sentimientos de indefensión, es decir, sentir que a pesar de los esfuerzos realizados para adaptarse a esta nueva rutina, ésta no va a funcionar, por lo cual se considera relevante dotar al individuo de herramientas necesarias para intervenir y adherirse a la enfermedad generalmente en prevención secundaria y terciaria.

El modelo de autoeficacia como modelo psicológico en el área de la salud supone que uno de los principales problemas respecto al cambio conductual es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable, sin embargo lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la autoeficacia.

Por lo que una buena intervención en el área de salud es aquella que tenga por objetivo un cambio en cuanto al juicio de sus propias capacidades, y éstas se reflejen en conductas, considerando como menciona Bandura (1944) cuatro elementos: el primero es el componente informativo, éste se refiere a la distribución de información sobre el tema tratado, que como se observó en la evidencia empírica, es un punto importante del que debemos partir para prevenir y enfrentar la enfermedad. Por lo que se intenta hacer concientes a las personas de lo vulnerables que son ante determinada enfermedad, su forma de transmisión, el desarrollo y todas las características de la misma, considerando el conocimiento previo y enfocado a diversos ambientes socio-culturales.

El segundo componente es el desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación, que permitan a las personas el transformar la información en conductas o acciones de prevención efectivas, saber cómo regular su conducta por medio de la propia insistencia e información que tenga la persona de que determinadas conductas implican un riesgo, mediante ejercicios o ejemplos, reforzando o autoreforzando las conductas funcionales a favor de su salud.

El tercer componente está dirigido al mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia, lo cual se pretende lograr por medio de simulacros de situaciones que pueden ir desde un simple juego de roles hasta

situaciones de alto riesgo en donde con ayuda de un guía y de la retroalimentación, el individuo puede ensayar y mejorar las habilidades necesarias para enfrentar de una manera efectiva una situación de riesgo en la vida real. El objetivo es desarrollar al máximo las habilidades autoregulatorias y las habilidades sociales, que conlleven al desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia.

Por último, es de importancia considerar una red de apoyo social como pueden ser familiares, amigos, pareja, instituciones de salud, entre otros, que aseguren el mantenimiento de las conductas adquiridas, siendo que el cambio de comportamiento se da en un contexto social específico, con una influencia social normativa. También debe considerarse la identificación de redes sociales que tengan más influencia, y de aquellas que tengan la habilidad de reforzar las conductas adecuadas.

Con base a lo anterior, podemos determinar la relación que guarda la autoeficacia entendida como el “juicio personal de las propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados” (Bandura, 1986; pág. 391) en la estrategia preventiva en Diabetes Mellitus, en la cual el objetivo que se persigue es enseñar a las personas los conocimientos y habilidades necesarias para prolongar o evitar el surgimiento de la diabetes mellitus; y a partir de ello lograr estilos de vida que fomenten la salud integral. Entre los cuales se encuentran hábitos de alimentación, actividad física, acudir a revisiones médicas, descansar adecuadamente, el ajuste social, incluyendo la relación y convivencia con familia, amigos y en el trabajo (Ballesteros et al., 2004).

Por lo que se consideran importantes las creencias y emociones que tienen las personas en cuanto a la enfermedad de Diabetes Mellitus, los cuales serán determinantes en las estrategias de prevención que lleven a cabo y las cuales se reflejarán en la prolongación de su vida.

Las cogniciones y emociones se consideran significativas en la función de prevención, ya que tienen estrecha relación con el comportamiento que presentan las personas, y el cual debe ser aprovechado por los psicólogos de la salud de

manera funcional. Considerando la autoeficacia como uno de los modelos cognoscitivos para el comportamiento saludable.

Finalmente, para futuro interés o investigación en cuanto al tema, se considera necesario establecer aún más la relación que existe entre autoeficacia y estilos de vida, asimismo tener presentes los retos a los que la población se enfrenta día a día, y de qué manera se puede afrontar la demanda de publicidad, factores sociales, familiares, económicos y personales; cómo aumentar la autoeficacia en la población con los retos anteriormente mencionados.

Asimismo, sería un gran avance diseñar y aplicar un programa a la población mexicana, con la finalidad de ir avanzando en la estrategia preventiva y poder perfeccionarlo.

Considero que enfocándonos mayormente a población adulta, sería una mejor estrategia ya que como se menciona, si se logra aumentar la autoeficacia en el ámbito de la salud, éste logra generalizarse a otros aspectos de la vida de las personas, y lo cual podría repercutir a las futuras generaciones de manera funcional, mediante experiencia vicaria.

El análisis de la autoeficacia como estrategia preventiva en Diabetes Mellitus, me trajo grandes satisfacciones ya que puse en práctica mis conocimientos, habilidades y visión aprendidos durante la carrera, promoviendo y optimizando el progreso en la salud mental de la población, lo cual repercute en los demás aspectos como es la salud, familia, entorno social y economía; resaltando el trabajo que realizan y pueden ejercer los psicólogos; siempre considerando la importancia que tiene cada profesional, basándome en las demandas actuales y promoviendo un concepto de salud integral enfocado a las necesidades contemporáneas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adams, B. y Bromley, B. (1998). *Psychology for health care: key terms and concepts*. Londres: Macmillan.
- American Diabetes Association (ADA). (2012a). *Información en Español: Todo sobre la Diabetes*. E.U.A. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/>
- American Diabetes Association (ADA). (2012b). Información en Español: Obteniendo las noticias: ¿y ahora qué? E.U.A. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/obteniendo-las-noticias.html>
- American Diabetes Association (ADA) (2012c) *Diabetes Basics: Viviendo con Diabetes tipo 2*. E.U.A. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/espanol/viviendo-con-diabetes-tipo-2/por-donde-comienzo.html?loc=viviendo-con-diabetes-tipo2>
- Antequera F. y Ceballos, R. (2005). Tratamiento con insulina. En R. Ceballos (editor). *Novedades en diabetes: atención integral y tratamiento*. Cap. 4, 101-110. España: Formación Alcalá.
- Arita, B., Herrán, J. y Osorio J. (2011). Bienestar y procesos de estrés en personas con diabetes mellitus tipo 2. En J. Ybarra., J. Sánchez y J. Piña (coordinadores) *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*. Cap. 5, 93-107. México: Manual Moderno.
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 26 (2), 165-172. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-808script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-808script=sci_arttext)
- Bandura, A. (1977). La autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual. *Psychological Review*. 84, (2), pp. 191-215.

- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: WH Freeman.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En J. Peterson y R. Di Clemente (Editores). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Cap. 3, 25-59. New York: Plenum Press.
- Ballester, A. (1997). *Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales*. España: Promolibro.
- Ballesteros A., Herrera I., León J., Barriga S. y Medina S. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.
- Barra, E. y Avendaño, M. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Revista terapia psicológica*, 26 (2), 165-172. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=7802>
- Barrera, F. y Vargas, E. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de Estudios Sociales*, 3 (21), 27-35. Recuperado de: <http://scienti.colciencias.gov.co/docs/articulos.pdf>
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Bennet, P. y Morrison, V. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Betschart, J. (2011). *Guide to raising a child with Diabetes*. California: Reviews.
- Blanch, J. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. En J. Blanch (coordinador) *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos*. Cap. 4, 137-139. Barcelona: UOC.

- Bragagnolo, J. y Martí, M. (2009). *Diabetes tipo 2. Manual de tratamiento*. Argentina: Corpuslibros.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bornas, X. (2005). *Autocontrol y estilos de vida saludables. Aprenda a modificar sus hábitos*. Madrid: Psicom Editores.
- Buela, G. y Carrobles, J. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Editores). *Manual de evaluación en psicología de la salud*. Cap. 1, 3-12. México: Siglo XXI.
- Buela, G., Fernández, I. y Carrasco, T. (1997). *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Cartagena, M. (2008). Relación entre la autoeficacia y el rendimiento escolar y los hábitos de estudio en alumnos de secundaria. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6 (3), 1-41. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55160304>
- Castañeda, E., Rivas, E., Zerquera, G., Muñoz, J., Gutiérrez, Y. y Belkis, V. (2010). Niveles de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica Medi Sur*, 8 (6), 21-27. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180019804004.pdf>
- Ceballos, R. (2005). *Novedades en diabetes: atención integral y tratamiento*. España: Formación Alcalá.
- Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida de ancianos*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Devellis, B. y Devellis, R. (2000). Self-efficacy and health. En T. Baum, A. Revenson y J. Singer (editores). *Handbook of health psychology*. Cap. 2 y 3, 47-235. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Espinosa, A. y Ordúñez, P. (2010). Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (3), 262-266. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662script=sci_arttext)
- Evans, B., Woodall, C., Willing C., Sykes C., Marks, D. y Murray M. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Fernández, C., Pérez, M. y Amigo, V. (2009). *Manual de la psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, L. (1994). *Manual de psicología preventiva: teoría y práctica*. México: Siglo XXI.
- Fiorentino, M. (2009). Conductas de la salud. En L. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cap. 3, 57-63. México: Cengage learning.
- Fishbein, M., Hitchcock, P. y Middlestadt, S. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis base don theory of reasoned action. En J. Peterson y R. Di Clemente (Editores). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Cap. 4, 61-78. New York: Plenum Press.
- Fisher, J. y Fisher W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change. En J. Peterson y R. Di Clemente (Editores). *HIV Prevention Handbook*. Cap. 1, 3-55. New York: Plenum Press.
- Flores, A. (2007). *Psicología de la salud: promoción y prevención Colombia*: Manual Moderno.

- Flores, A., González, A. y Valencia, A. (2010). Validación del instrumento de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos. *Psicología y Salud*, 20 (1), 23-30. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Araceli-Flores-Leon.pdf>
- Gálvez, C., Antequera F. y Ceballos, R. (2005). Tratamiento dietético. En R. Ceballos (Editor). *Novedades en diabetes: atención integral y tratamiento*. Cap. 2, 37-74. España: Formación Alcalá.
- García, J. y Rodríguez, M. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 1-13. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>
- García, S., Domínguez, M., Jiménez, A., Gutiérrez, A., Solís, J., Infante, R. y Luna, A. (2000). Información y educación, base para la prevención. *Revista Salud Mental*, 23 (3), 29-37. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58232304>
- Gérvás, J. (2007). ¿El trabajo diario? ¡Basado en la prevención cuaternaria! *Red Española de Atención Primaria*, 4 (1) 6-7. Recuperado de: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/04/el-trabajo-diarioc2a1basado-en-la-prevencion-cuaternaria.pdf>
- Gérvás, J. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 20 (3), 66-71. Recuperado de: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/01/uso-y-abuso-gaceta-2006.pdf>
- Gómez, C., Niño, M. y Ortiz, C. (2009). Síntomas autonómicos en diabéticos y su asociación con variables socioeconómicas y clínicas. *Asociación Colombiana de Medicina Interna*, 34 (3), 111-121. Recuperado de: <http://www.scielo.unal.edu.co>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Estadísticas de la población. Población, hogares y vivienda: Causas de defunción*. México. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s17484>
- Kohler, C., Fish, L. y Greene, P. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology, 21* (6), 610-614. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid80&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid80&script=sci_arttext)
- Kuijjer, R. y De Ridder, D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and Health, 18*, (2), 313–330. Recuperado de: <http://www.psyc.canterbury.ac.nz/people/kuijjer.shtml>
- Modl, J. y Stein, H. (1986). The cascade effect in the clinical care of patients. *New England Journal of Medicine, 314* (8), 512-514. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945278>
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. México: UOC.
- Nuevo, E., Gómez, F., López, M. y Ceballos, R. (2005). Diabetes Mellitus: concepto, clasificación y diagnóstico. En R. Ceballos (Editor). *Novedades en diabetes: atención integral y tratamiento*. Cap. 1, 11-29. España: Formación Alcalá.
- Labiano, M. (2009). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cap. 1, 15-18. México: Cengage learning.
- Legander, A., y Kraft, P. (2003). Control constructs: Do they mediate the relation between educational attainment and health behaviour?. *Journal of Health Psychology 8* (16), 361-372. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/147.PDF>
- Olaz, F. (2001). *La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional*. Tesis de la licenciatura de

Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Olvera, J. y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. México: *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 11, núm. 4, págs. 149-157.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington: Autor.

Oviedo, G. y Reild, L. (2007). Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en Diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (1), 31-42. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2430/243020635005.pdf>

Padilla, J., Palma, M., Gundín, M., Herrera, M. y Crespo N. (2006). Morbimortalidad por diabetes mellitus. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 5 (4), 1-6. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1804/180420141011.pdf>

Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and self-efficacy*. E.U.A: Emory University.

Pajares, F. y Schunk, (2001). The Development of Academic Self-Efficacy. En A. Wigfield y J. Eccles (Editores). *Development of Achievement Motivation*. Cap. 3, 56-69. San Diego: American Press.

Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujó, M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1) 98-115. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/Vol14No1Art6.pdf>

Pérez, M. y Gérvás, J. (2002). El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Revista Medical Clinic*, 118 (2), 7-65. Recuperado de: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/03/el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-epidemiologicas-y-eticas.pdf>

- Ramírez, J. (2007). *Control de la diabetes mellitus en el consultorio*. México: Alfil.
- Redondo, A. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. Págs. 1-26.
- Reynoso, E. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rickel, A., Daly, B. y Brown, R. (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, F. y Banegas, J. (2002). Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (1), 1-5. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-001&script=sci_arttext)
- Rodríguez, J. y Neipp, M. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. México: Síntesis.
- Rodríguez, M. y Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene*, 49 (1), 135-150. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n1/hie15111.pdf>
- Rodríguez, V. (2006). *Prevención oportuna de la enfermedad renal en pacientes diabéticos*. Tesina de la licenciatura de Biología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rosenstock, I., Becker M. y Strecher V. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En J. Peterson y R. Di Clemente (Editores). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Cap. 2, 5-15. New York: Plenum Press.

- Rueda, B. y Pérez, A. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 9 (3), 205-219. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088445>
- Ruiz, F. (2005). Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. *Universidad Peruana de ciencias aplicadas*. 1, (1), pp. 1-15. Recuperado de: [http://info.upc.edu.pe/hemeroteca/Publicaciones/Art2\\_FR.pdf](http://info.upc.edu.pe/hemeroteca/Publicaciones/Art2_FR.pdf)
- Sánchez, V., Zerquera, G., Rivas, E., Muñoz, J., Gutiérrez, Y. y Castañeda, E. (2010). *Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 8 (6), 21-27. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180019804004.pdf>
- Sanjuán, P., Pérez, A. y Bermúdez J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema*, 12 (2), 509-513. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72797116.pdf>
- Schor, I., Vallory, J. y Senderey, S. (1996) *Vivir como diabético: guía práctica para una vida plena*. Buenos Aires: Celcius.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Editor), *Self-efficacy: thought control of action*. Cap. 6, 217-243. Washington: Hemisphere.
- Shelley, T. (2007). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Skrabanek P, y McCormick J. (1992). *Sofismas y desatinos en medicina*. Barcelona: Doyma.
- Vázquez, J., Gómez, H. y Fernández S. (2006) Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (1), 303-308. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im061c.pdf>

- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 4 (61), 9-18. Recuperado de: <http://ddd.uab.cat/pub/artpub/71671.txt>
- Wahl, A., Rustoen, T., Hanestad, B., Gjengedal, E. y Moum, T. (2005) Self-efficacy, pulmonary function, perceived health and global quality of life of cystic fibrosis patients. *Social Indicators Research*, 7 (2), 239–261. Recuperado de: <http://www.ou.nl/docs/faculteiten/psy/documenten/esph%20abstracts%202007.pdf>