



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“Estrategias conductuales para el ejercicio físico como
intervención en la prevención y tratamiento de la Diabetes**

Mellitus tipo 2”

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA.**

P R E S E N T A:

Josué Cuarenta Canchola

Directora:

Dra. Norma Coffin Cabrera

Dictaminadores :

Dra, Constanza Miralrio Medina

Mtra. María de Lourdes Jiménes Rentería



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Antes de agradecer a todas y cada una de las personas que forman parte importante en mi vida y que fueron una pieza fundamental en la realización de este trabajo, quiero permitirme hablar de mi experiencia como universitario.

La Universidad Nacional Autónoma de México es y será más que una institución educativa, ya que, fue mi casa durante mi periodo como estudiante, pues además de permitirme formarme como profesionista, terminé por gestarme como persona moral y ética.

Hace poco más de cuatro años que comencé este camino, plagado de dudas, temores e incertidumbre, alejado de seno familiar, el aroma y color de mi hogar. El cambio nunca fue fácil y no termina de serlo, pues, más que adaptarme tuve que forjar una nueva vida.

Nunca olvidare cuando recibí la noticia de que fui aceptado, derramar lágrimas es poco, gritar, correr, brincar, cantar, entre otras cosas, fueron acumuladas y expresadas en un simple, “lo logre”, mi sueño se había hecho realidad, sin embargo fue solo el principio de mi historia que el día de hoy cierra un capítulo más para abrir una nueva página y continuar escribiendo.

Solo me resta decir mil gracias UNAM por recibirme y permitirme formar parte de tus aulas, caminar en tus pasillos, nutrirme de conocimiento en tus libros, gritar los goyas en el estadio, pero sobre todo por darme la oportunidad de demostrar que lo imposible solo tiene dos letras de más.

Este triunfo no es solo mío, detrás de él se encuentran cientos de horas sin dormir, poco más de mil madrugadas, decenas de instantes amargos, que al final valían cada segundo de cansancio, cada gramo de esfuerzo y sobre todo cada instante de recordar el pasado.

Nunca estuve solo, pues aunque fuera unos cuantos minutos a la semana sentía el apoyo de mi familia, mi madre Ma. Salud Canchola, mi padre Saúl Cuarenta y mis hermanos Saúl, Abraham y Saraí quienes con sus palabras me llenaban de motivos para salir adelante, cada risa y oración de su parte me hacía

más amena mi realidad, a ellos nunca podre agradecerles todo lo que han hecho por mí, pues estuvieron en los peores momentos, lloraron, gritaron y estuvieron conmigo, mi familia tiene toda mi gratitud y en este escrito también encontraras sus letras, sus pensamientos y sobre todo su apoyo.

Sin embargo, para que toda buena idea llegue a su destino es necesario de un guía, alguien más sabio y experimentado que tú, para orientarte en la travesía, por lo cual quiero agradecer ampliamente a la Dra. Norma Coffin Cabrera por haberme dedicado tiempo y la oportunidad de expresar el tema de mi interés, ya que sin su ayuda no habría podido ser posible esto.

De igual manera, ofrezco mi agradecimiento a la Dra. Constanza Miralrio y María de Lourdes Jiménez quienes me aportaron una nueva visión de la temática y desarrollarla de mejor manera.

Por ultimo pero no menos importante, agradezco infinitamente a mi novia Gabriela Osornio, quien siempre ha estado a mi lado y me apoyo en todo momento para finalizar no solo este trabajo sino mi formación profesional.

Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1. El desarrollo de la conducta saludable	
1.1. El concepto de cambio en la salud.....	8
1.2. Estadísticas de una población sedentaria.....	11
1.3. La salud como proceso segmentado por etapas.....	13
Capítulo 2. Etiología de las enfermedades	
2.1 Las enfermedades en el nuevo siglo.....	16
2.2 Transición demográfica en México y el reto mundial.....	18
2.3 Principales causas de mortalidad en México.....	20
Capítulo 3. Diabetes: La nueva epidemia mundial	
3.1. Definición.....	22
3.2. Clasificación y diagnóstico.....	23
3.3. Estrategias para la prevención y control de la diabetes: El psicólogo y sus funciones.....	25
3.4. El tratamiento psicológico.....	27

Capítulo 4. Estrategias conductuales para la promoción en la salud: El ejercicio como tratamiento.

4.1. Definición y clasificación de la actividad física y el ejercicio....	32
4.2. Relación actividad física y salud.....	34
4.3. Beneficios físicos, psicológicos y sociales de la actividad física y ejercicio.....	35
4.4. El ejercicio como tratamiento en pacientes que viven con diabetes.....	37
4.5. El papel de la motivación en el desarrollo de conductas saludables: actividad física y ejercicio.....	39
Conclusiones.....	42
Propuesta.....	46
Referencias bibliográficas.....	51

INTRODUCCIÓN

Históricamente, las interpretaciones causales sobre la salud y la enfermedad han sido orientadas en dos ejes principales, por un lado, tenemos las referidas a la explicación de porqué el hombre se enferma, mientras que por el otro las que hacen énfasis en el discurso sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (Díaz, 2010).

Para ello se deben situar los antecedentes de esta reflexión en el mundo griego en donde se reconocen dos corrientes diferenciadas con respecto a la mencionada interpretación:

La escuela platónica, coherente con la interpretación mágica o divina que los primitivos atribuían a la enfermedad, que establecía que tanto la salud como la enfermedad eran determinadas por un principio no material, el alma divina o pneuma, que afectaba los órganos (Díaz, 2010), es decir, la enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos.

Por su parte, la escuela hipocrática se opuso a esta interpretación teúrgica, insistió en desacralizar las enfermedades y propuso una causa natural para ellas, así fue como Hipócrates planteó que el medio externo tiene efectos en la producción de la enfermedad y reconoció también en ella la incidencia de las características personales; particularmente postuló la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio o desequilibrio influían en la salud o la enfermedad y definían el temperamento de cada individuo (Laín, 1975 citado por Díaz, 2010).

Por lo tanto, esta mirada reduccionista de los problemas de salud, ha generado como respuesta que en campos más propios de las disciplinas sociales se haya ido constituyendo una tendencia que cuestiona la mencionada unicausalidad y propone una perspectiva multicausal, donde la interacción entre tres componentes, agente, huésped y ambiente, determinan el mantenimiento de la salud o la génesis de las enfermedades (Díaz, 2010).

Este enfoque advierte sobre la importancia de ingresar en el estudio de los problemas de salud el carácter activo del sujeto humano, que obliga a superar el

esquema simplista de que el huésped es una entidad pasiva que recibe el influjo de un agente externo patógeno, y pone en evidencia que múltiples factores, entre ellos los psíquicos y sociales, inciden tanto en el huésped como en el agente y en el ambiente. Esta nueva perspectiva ha hecho necesario que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico; particularmente la Psicología, con su rama específica de la Psicología en la salud, se ha configurado como una disciplina que se ocupa de los factores psíquicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la salud o inciden en la aparición y evolución de una enfermedad en determinado sujeto (Morales, 1999, citado por Díaz, 2010)

Si bien éstas son solo algunas de las directrices y temáticas que orientan el trabajo psicológico en la atención primaria en salud, el psicólogo se confronta con una situación problemática, que debe atender en su práctica y que se refiere a que a pesar del buen diseño y aplicación de las campañas de promoción y prevención, con frecuencia las comunidades y los individuos son resistentes a los buenos propósitos que les son transmitidos en relación con el cuidado y mantenimiento de una adecuada salud (Díaz, 2010).

Esto solo nos lleva a preguntarnos ¿Qué estamos haciendo mal?, si todo está diseñado para mejorar nuestra calidad de vida, por qué nos rehusamos. Para ello es necesario abordar una problemática actual que pareciera conducirnos a una extinción, pero no es de gran importancia.

Escribir sobre diabetes, es hablar de todo lo malo que hacemos como sociedad, es mencionar un futuro desolado, de un mundo que va en decadencia, que poco o nada nos importa.

La salud es claramente el pilar más importante de la vida humana, sin embargo, se ha visto desplazada a situaciones temporales por nuestro sistema de creencias populares (Informe de Sobre la Salud de los Mexicanos, 2015). Por lo tanto, el cuidado de nuestra salud, es incoherente en nuestra forma de pensar, hacer o sentir, pues para algunos es cosa de un instante, para otros un castigo, y para el resto una obligación. Esta forma de pensar, actuar y sentir, nos ha

conducido a un abismo sin fondo, que año con año se vuelve más profundo y pareciera que no hay manera de taparlo.

Actualmente el tema central que preocupa a las instituciones de salud contemporáneas, no son las enfermedades virales o bacterianas, sino una nueva oleada de padecimientos no transmisibles, silenciosos, algunos irreversibles y con apariencia inofensiva.

La diabetes es quizá una de las enfermedades crónicas, más comunes a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS, 2014) se tienen registrados poco más de 422 millones de habitantes que la padecen y estas cifras van en aumento.

México no se encuentra libre de esta enfermedad. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016), el 9.4% de la población mexicana fue diagnosticada con diabetes, de los cuales el grupo más afectado son adultos mayores entre los 60 y 79 años de edad, seguidos muy de cerca por adultos y adultos jóvenes.

La diabetes como muchas otras enfermedades, puede surgir en cualquier momento de la vida y afectarla de muchas maneras. Aunque al día de hoy existen diversos tratamientos médicos y farmacológicos que ayudan a controlarla, y por lo tanto el paciente aprende a vivir con ella.

Sin embargo, el objetivo principal de los sistemas de salud, no debe ser controlar la enfermedad, sino evitar que se contraiga. Los esfuerzos en prevención no han obtenido los resultados esperados, pues caen dentro de una falacia post-hoc, al suponer que una cuestión es consecuencia directa de otra. En otras palabras, se quiere curar el síntoma sin eliminar la(s) causa(s).

La mayoría de los programas institucionales para la prevención y control de padecimientos no transmisibles se basan en actividades simples que pueden realizarse de manera doméstica sin la ayuda de un profesional o materiales necesarios, lo cual es parcialmente viable si el individuo tiene un conocimiento previo de lo que debe realizar. La problemática surge cuando la información carece de fundamentación. En una era en donde la tecnología se encuentra al

alcance de nuestra mano, es fácil realizar una búsqueda con solo teclear una palabra.

Este exceso de información, resulta en una sobre carga innecesaria, cuyo resultado solo desensibiliza al individuo sobre cómo cuidar su salud, colocando barreras para el incumplimiento de objetivos o metas propuestas, para el desarrollo de estilos saludables.

El ejercicio físico como estilo de vida, es la acción más simple que tiene el individuo para prevenir o controlar los padecimientos metabólicos. Sin embargo, la actividad física y el ejercicio son vistos como comportamientos rigurosos, monótonos y realizables solo en ciertas etapas de la vida, cuando el individuo presenta más fuerza y plenitud.

Dicho esto, la problemática es clara, somos una sociedad enferma que poco o nada nos importa, y las acciones que tenemos a nuestro alcance para revertir el conflicto, nos parecen poco acertadas.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo presentar una revisión teórica, acerca de los aspectos que rodean a la enfermedad y cómo estos desembocan en la desensibilización del paciente para no cuidar de su salud, así como presentar las bases teóricas para el desarrollo de un programa de ejercicio para la prevención y control de este padecimiento.

CAPÍTULO 1. EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA SALUDABLE

El concepto de herencia, al igual que muchos, es ambiguo; a tal grado que es utilizado en nuestro léxico indiscriminadamente; no obstante, la evolución tecnológica aplicada en la medicina, ha acuñado el término de herencia a la transmisión genética; de esta manera la herencia es el primer eslabón en la formación de individuo, al dotarlo de características únicas.

Por otro lado, para la psicología puede no significar lo mismo, es decir la frase “todo se hereda”, no quiere decir que se nace con ello, sino que todo es aprendido. Dicho lo anterior, si de algo nos hemos percatado es que las decisiones del individuo dependen del contexto donde se formó, sin considerar su ascendía biológica, es decir el punto clave en el desarrollo del individuo es debido al ambiente, ya que éste condicionara y posibilitara su maduración óptima.

Basándonos en tales premisas, el desarrollo y aprendizaje van de la mano con la interacción del individuo. Si bien nacemos con reflejos innatos, el ambiente es quien terminará por desarrollarlos.

Este capítulo abordará el aprendizaje en la salud de las personas, tomando como referencia la premisa *síntoma-enfermedad*, pues se ha visto que al centrarnos en el síntoma controlamos la enfermedad, pero no por eso eliminamos la causa. En este apartado se menciona a la persona como agente de su propia salud, ya que es quien decide cómo debe actuar, pero esta decisión se encuentra en función del ambiente.

1.1 El concepto de cambio en la salud

Dentro de la literatura médica y psicológica podemos encontrar términos compatibles cuando se habla de desarrollo. La convergencia del concepto es reconocida como el crecimiento y maduración del individuo.

La Psicología como ciencia natural y social ha tratado de conceptualizar este término a manera de generalizar su uso. En ocasiones lo denomina como un

cambio; pero no todo cambio produce un desarrollo, es decir, la modificación de cursos de acción puede llevar al mismo resultado.

No obstante, las valoraciones individuales son las que denominarán si existe un beneficio o deterioro en las acciones realizadas.

Dicho esto, la subjetividad del cambio envuelve todo aspecto de la vida del individuo, principalmente en su salud.

De acuerdo con la OMS (2016), la salud es definida como un estado completo de bienestar, tanto físico como mental e incluso espiritual, aunque en ocasiones sea perturbado por lapsos de malestar, o como se le ha acuñado socialmente “estar enfermo”.

Al igual que la salud, la enfermedad es causa de múltiples factores que en ocasiones no guardan relación directa en el tiempo de la interacción, es decir, los síntomas pueden aparecer mucho después. Bajo esta premisa es como funcionan la mayoría de enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas.

De esta manera la OMS señala que se pueden identificar cuatro grandes pilares que afectan la salud de ser humano: la herencia, la nutrición, los accesos a servicios de salud y su comportamiento; éste último va relacionado estrechamente a la interacción del medio que lo rodea. Dicho lo anterior, la concepción de perder la salud es la asociación de factores de riesgo o factores general-distal y eventos vitales (Sánchez, 1998).

Dentro de los factores, general-distal podemos encontrar variables tales como, género, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, accesibilidad de servicios, región, entre otros, por lo cual el individuo no es responsable directo de sus decisiones, aun y cuando éstas condicionen su salud (Sánchez, 1998).

Para el personal de la salud, incidir dentro de los factores de riesgo distales, resulta un trabajo complicado, ya que la utilización de reforzadores sociales en la motivación de una población en apariencia sana, para que cambien su estilo de vida, serían poco más que inútiles en apariencia (Sánchez, 1998). La sociedad dicta las pautas que se deben seguir, más específicamente el capitalismo.

Por otro lado, los factores o eventos vitales, son situaciones que fuerzan cambios en la vida del individuo (casarse, nacimiento de un hijo, divorcio, entre

otros). Estos cambios ya cuentan con una anticipación en términos del tipo de ajustes que demandan, para adaptarse y buscar la reducción del riesgo que pueden conllevar (Hernández & Sánchez, 1995, citados por Sánchez, 1998). A diferencia de los anteriores, la modificación de estos resulta un poco más fácil, pues se tiene el conocimiento sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano.

Así mismo, Ribes (1990) menciona que los procesos que permiten el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud resultan de la interacción de tres factores fundamentales: la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales al interactuar con una situación y la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación; esos factores interactúan entre sí.

La historia psicológica de un individuo de acuerdo con Ribes (1990), es la recopilación de experiencias de sus interacciones, las formas en las que se ha comportado en diversas situaciones y las relaciones que se hicieron a partir de esas interacciones. Constituye de ese modo, la disposición del individuo a interactuar de cierta manera referente a su presente, lo cual también es un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, pero que no constituye el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes funcionalmente en una situación. Los estilos interactivos se pueden describir como la personalidad de un individuo, y que constituyen la manera consistente en que un individuo se enfrenta con una situación al interactuar por vez primera con ella. De esa forma, los estilos interactivos modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas.

El segundo concepto, competencia funcional, se refiere a una naturaleza interactiva; comprende del comportamiento del individuo, la situación y los requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos y consecuencias, todo esto constituido por un conjunto o campo de contingencias. Los acontecimientos que interesan a la psicología son las acciones de los organismos e individuos (Ribes, 1990).

Referente a la vulnerabilidad biológica de los individuos, se retoma a la teoría psicosomática que creía que había una relación entre mente y cuerpo y que debía lograrse un equilibrio, pero desde una perspectiva psicológica se puede identificar que existe una dimensión de esta índole en la salud biológica, ya que la forma en la que se interactúa con el ambiente puede generar una reactividad en el organismo. Desde este punto de vista, las conductas instrumentales pueden clasificarse como directas e indirectas. Las directas son aquellas que producen el contacto con el agente patógeno o algún agente infeccioso, y las indirectas son aquellas que sin producir algún contacto específico, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes (Ribes, 1990).

Hasta ahora, se ha visto la influencia del medio en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, la conducta solo es una parte de la ecuación. Para obtener un panorama más amplio es necesario abordar el tema mental y todo lo que conlleva.

1.2: Estadísticas de una población sedentaria

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014), el 56.4% de los mexicanos mayores a 18 años y más en áreas urbanas, no realizan actividades físicas de ningún tipo. Según datos del INEGI el 18.2 % declararon la falta de tiempo como impedimento para realizar ejercicio, 41.9% no realizan ejercicio por problemas de salud, 17.4% por fatiga después del trabajo y un 15.5% no encuentran un incentivo para realizarlas.

Las cifras también arrojan estadísticas más exactas en cuanto a la edad. El grupo de varones (61.5%) que presenta mayor inactividad se ubica por encima de los 55 años; por otro lado, en las mujeres (71.9%), el ejercicio se presenta en edades más tempranas, alrededor de los 25 a 27 años, siendo en el grupo de varones (55.1%) en edades comprendidas de 28 a 29 años, donde se presenta un incremento en su actividad física.

Dichas estadísticas nos reflejan por qué más de 48 millones de mexicanos padecen obesidad y sobrepeso, siendo éstas las causas principales para el desarrollo de diabetes tipo II.

Sin embargo, el problema no se queda ahí, ya que como se observa, uno de los grupos de edad más vulnerables son los adultos mayores (65 años o más), los cuales hasta 2015 representaban el 10% de la población total en México (INEGI, 2016). Se estima que para 2030 este porcentaje aumente en casi un 50%, es decir, de acuerdo con datos de Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015), en 15 años México tendrá una población adulta mayor de 20.4 millones, es decir el 14.8% de la población total.

Dicho esto, el problema es claro, año con año aumentará el número de adultos mayores, que poco o nada saben sobre el cuidado de su salud. Además, las instituciones de salud no parecen estar preparadas para satisfacer las necesidades de su población. Si a esto le añadimos la poca o nula actividad física que se realiza, tendremos una sociedad, poco productiva, enferma y transmisora de hábitos sedentarios.

Lo complicado del asunto no termina con esto. Las diversas campañas de concientización sobre la salud, que incentivan a la población a activarse físicamente, parecieran centrarse en los más jóvenes, pues la visión excluyente de la actividad física y ejercicio, se focaliza a determinadas edades del individuo, cuando éste presenta mayor fuerza y juventud.

Dichas atribuciones caen en un error, puesto que la realización de una actividad física vigorosa en los adultos mayores supone más beneficios que riesgos, ya que no existe una edad en que las personas dejen de responder al estímulo del entrenamiento, pues los adultos mayores demuestran aumentos porcentuales en sus niveles de forma física similares a los jóvenes de 20 a 30 años (Heredia, 2006).

Esta formación hace suponer que se observa a las personas de la tercera edad como agentes activos de su propio tratamiento, con la posibilidad de vivir esta etapa en plenitud, es decir se les debe considerar como personas capaces de participar proactivamente en el control de su salud, en actividades recreativas, juegos, deportes o ejercicios estructurados y orientados a sus necesidades (edad, historial médico, y grado de acondicionamiento físico del individuo), por lo que la práctica regular de ejercicio físico debe ser un componente primordial en este

grupo etario, para la mejora de su salud y calidad de vida; de esta manera, es de vital importancia el desarrollo de comportamientos orientados hacia el cuidado y manutención de la salud.

1.3: La salud como proceso segmentado por etapas

La conducta saludable como unidad de análisis ha sido, desde el punto de vista psicológico, un campo de acción especialmente fértil para el planteamiento de diversos postulados que asignan un rol protagónico a determinadas variables o a otras, lo que ha conducido a una extraordinaria riqueza de prácticas en el campo de la promoción, prevención y tratamiento, como era de esperarse, de hallazgos muy diversos y, en ocasiones, contradictorios sobre la potencia explicativa y predictiva de los modelos teóricos asumidos (Flórez, 2007).

Lo que la mayoría de las investigaciones buscan es dar respuestas a las interrogantes, por qué el individuo realiza un determinado comportamiento, por qué se involucra en acciones de riesgo, por qué recae o retrocede luego de haber empezado a actuar en una determinada dirección, qué determina que recupere el curso de acción perdido o que definitivamente lo abandone, entre otros. Por eso se trata de modelos necesariamente emparentados con la psicología de la motivación humana, ya que se trata de preguntas eminentemente motivacionales, si se acepta que la motivación se refiere al proceso psicológico que busca explicar el curso que sigue el inicio, el mantenimiento y direccionalidad en la ejecución de una acción (Flórez, 2007).

Con base en todo esto, puede interpretarse incluso que la mente regula la conducta, o mejor, que la mente evoca la conducta y caeríamos en el clásico “pienso y luego existo”, pero entraríamos a un sinfín de postulados filosóficos, dando vueltas sin parar.

Para explicar las acciones, a veces es necesario remitirnos a lo más básico; un estímulo provoca una reacción interna que se manifiesta como una respuesta en el medio, la cual mediante repeticiones sucesivas y la topografía de la operante adquiere un modo único ante la situación. Posteriormente, la generalización de

estímulos permitirá al individuo responder de la misma manera, lo que es lo mismo a decir que comienza a formar hábitos o rutinas (Reynolds, 1968).

Los hábitos pueden ser consecuencias de cadenas conductuales, originadas de la influencia del medio o las necesidades básicas del individuo. De esta manera entendemos que no solo el ambiente nos obliga a actuar, sino dentro de cada individuo existe una necesidad de hacerlo (hambre, sed, entre otras). Esta necesidad de actuar responde a una expectativa benéfica del individuo, es decir, cómo impactará su calidad de vida si decide comenzar a caminar; en pocas palabras la motivación se evoca a través de la conciencia.

Para conceptualizar la motivación se debe considerar que no operan necesariamente de la misma manera, ni están presentes en todos los momentos del desarrollo de una acción, lo cual es una de las razones para el surgimiento de teorías que buscan dar cuenta de este proceso (Madsen, 1980; Hernández González, 2002, citados en Flórez, 2007).

Algo importante a destacar en este concepto es que lleva implícita la noción de fases sucesivas en la génesis y el desarrollo de una acción (impulso, intención y volición). La motivación como la salud son procesos segmentados, mediados por la consecución de resultados.

Sin embargo, cada etapa encuentra dentro de sí una barrera (de tipo cognitivo o conductual), cuya función es distorsionar los resultados. Dichas barreras son las responsables de que la conducta se suspenda o continúe, lo que representa un incremento en la disponibilidad al cambio (Flórez, 2007).

Como se ha mencionado, la motivación emerge de la disponibilidad del individuo ante la conducta deseable, pero ésta no tendrá ningún valor emocional para él si no comprende los riesgos que conlleva. La sensibilización al cambio forma parte también de un proceso comunicativo, activo, creativo, capaz de potenciar la transformación actitudinal y de progreso, promoviendo el sentido de satisfacción (Vargas & Cedeño, 2012).

Por esto, el proceso de sensibilización representa el marco o pórtico inicial del aprendizaje saludable, al ser configurado por procesos de carácter afectivo-

motivacional, como lo es: la motivación, la emoción y las actitudes (Grau & Gómez, 2010, citados por Lordoño, 2013).

Capítulo 2. Etiología de las enfermedades

Hace poco más de tres meses la OMS (2017), en conjunto con el Imperial College de Londres, publicaron una investigación acerca del panorama epidemiológico mundial, presentando datos crudos sobre la obesidad infantil. De acuerdo con cifras oficiales, poco más de 124 millones de niños a nivel mundial padecen obesidad, y de acuerdo a sus estadísticas se pronostica un aumento del 60% para 2022.

Las causas evidentemente son muchas y las soluciones son escasas, ya que dentro de las poblaciones más afectadas se encuentran grupos con bajos ingresos económicos, poca instrucción académica y marginación social. De acuerdo con el estudio, los países con ingresos medios y bajos son los principales aportadores al total, aunque se ha visto que el incremento de la obesidad ha cobrado fuerza en países desarrollados.

Los intentos de prevención primaria son nulos, el marketing publicitario tiene mayor relevancia en la vida del individuo, que respetarse así mismo. El individuo ha deshumanizado al individuo para sus fines propios; las enfermedades solo son un reflejo de nuestra propia ignorancia, porque cuando llega la sensación de bienestar, el ciclo vuelve a iniciar. Si bien el ambiente condiciona la conducta, la conciencia debe condicionar nuestra respuesta.

Este capítulo abarcará la transición epidemiológica en México y el mundo, así como las condiciones sociodemográficas y políticas que marcaron la pauta en el medio que se desarrolla.

2.1 Las enfermedades en el nuevo siglo

De acuerdo con la OMS (2016), la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Con el paso de los años, la transición de enfermedades ha dado un giro de 180 grados, dando lugar a mostrarnos lo peor de dos ejes: por un lado, aún no se

han controlado con eficacia las infecciones virales y bacterianas, incluso en ocasiones emergen con mayor fuerza, mientras que por otro lado, el aumento del sedentarismo y hábitos alimenticios desequilibrados, han arrojado una nueva epidemia de padecimientos no transmisibles (Sánchez, 1998).

Dicha epidemia está conformada por enfermedades crónicas. Según la OMS (2016), estos padecimientos se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, consecuencia de estilos de vida sedentarios y desequilibrio calórico; dentro de las más comunes podemos encontrar: enfermedades cardiovasculares, enfermedades isquémicas, diabetes tipo 2, e hipertensión, las cuales son las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

México, al igual que otros países en América Latina ha padecido los cambios de una nación en vías de desarrollo, caracterizado por una higiene deficiente, mala disposición de excretas, agua para consumo humano de baja calidad, hacinamiento, esquemas de vacunación incompletos, cobertura insuficiente y subutilización de servicios de salud, entre otros, que han modificado las formas de vida, con lo cual la exposición al sedentarismo, estrés, patrones alimentarios compuestos por alimentos de alta densidad energética, sobrepeso y obesidad, han dado como resultado enfermedades crónico-degenerativas a edades cada vez más tempranas (Soto, Moreno & Pahua, 2016).

Visto desde un punto de vista psicosocial, las enfermedades crónicas impactan de dos maneras a la población: deteriorando su productividad y capacidad para generar ingresos y, por otro lado, aumentando el uso y asistencia a servicios de salud (Escobar, et al, 2000, citado en Riveros, et al, 2005).

Así mismo el paciente que sobrelleva alguna enfermedad crónica atraviesa una etapa de resiliencia, donde el individuo no debe sumergirse dentro de los aspectos negativos que rodean a su padecimiento sino aprender a vivir con ellos. En pocas palabras, se debe ver “el lado bueno de las cosas” en función de la interacción dinámica de factores de riesgo y factores resilientes (Infante, 2002, citado por Quiceno & Vinaccia, 2011).

Exponer solo una parte de la epidemiología actual, no nos provee de obtener soluciones ante las crisis en salud. Por lo que analizar los determinantes

externos sería caer dentro de una falacia en la ecuación, ya que las variables internas también juegan un papel importante en el problema. Es necesario analizar la transición poblacional a lo largo de la historia para obtener un panorama más amplio del contexto mexicano.

Es difícil obtener datos concretos y fiables acerca del número de integrantes en cada región, qué hacen, cuáles problemas padecen y en qué condiciones viven, pues a pesar de los censos poblacionales realizados cada año, suelen encubrirse o en su defecto ingeniar datos para no exponer la realidad del país.

2.2 Transición demográfica en México y el reto mundial

No fue hasta 1893 que el Estado Mexicano logró integrar por vez primera vez cifras respecto a los hechos vitales, los cuales datan desde 1859 en las Oficialías del Registro Civil. Fue hasta 1922 cuando se reanudó el Servicio Estadístico Nacional, a través del Anuario Estadístico de la República Mexicana, y ese año fue el que marcó el inicio de la producción regular de la estadística sobre los hechos vitales en México (Secretaría de Salud, 2010, citado por Soto, Moreno & Pahua, 2016).

De esta manera, el control estadístico nos permite conocer que entre 1900 y 1950 la población se duplicó, al pasar de 13.5 a 25.8 millones de habitantes; en esta fase de bajas tasas de crecimiento, la población tardó 50 años en duplicarse. Posteriormente entre 1950 y 1970, la población casi se duplicó al pasar del 25.8% en 1950 a 48.3% en 1970.

Sin embargo, a partir de la década de los 70s la tasa de crecimiento sufrió un ligero descenso, pues tardaron poco más de 30 años para que la población se duplicara. De acuerdo con estos datos, en menos de 100 años la población mexicana se ha incrementado en más de 400%, ya que de los 25, 791,017, de habitantes registrados en 1950, ha pasado a 122, 273,473 habitantes, estimados para 2016 (Secretaría de Salud, 2010, Consejo Nacional de Población, 2010, citados por Soto, Moreno & Pahua, 2016).

La distribución etaria en México también ha visto cambios trascendentes, dentro de los cuales se debe destacar la disminución de los menores de 15 años,

que en 1970 comprendían el 46% de la población y que para 2016 se calcula corresponden al 27.3% de ésta. Mientras que los mayores de 65 años, dentro del mismo período mostraron un incremento al pasar del 3.7%, a 7.0% en 2016 (CONAPO, 2013 citado por Soto, Moreno & Pahua, 2016).

En este punto es importante resaltar la transición demográfica que experimenta la población mundial, pues se estima que para 2050 habrá más de 21 mil millones de personas mayores a 60 años, con lo que el envejecimiento poblacional plantea diversos desafíos para su comprensión, lo que tiene una implicancia práctica en la generación de políticas públicas para la promoción del bienestar de las personas adultas mayores (Gajardo, 2015), ya que por lo general este grupo etario es más propenso a desarrollar alguna enfermedad crónica, por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos y de larga duración (Ramos, 2015).

El incremento poblacional podría traducirse como una estabilidad socioeconómica y política para una nación, es decir, el crecimiento traerá más desarrollo y con esto avances para las diferentes industrias. Esto sería una alternativa viable si dentro de la planeación y estructuración futura del país se tienen a consideración las variables internas. Una de estas variables debe ser la posible migración de habitantes a las urbes, en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

En las últimas décadas, se ha registrado una mayor concentración de habitantes en zonas urbanas, con un 78.8% del total de la población, lo que evidentemente ha impactado dentro del perfil de salud de la población, modificando los riesgos para enfermar y morir. Este proceso genera en el corto plazo un desequilibrio entre las necesidades de la población, los servicios públicos y la disponibilidad de viviendas, que se manifiesta en el surgimiento de asentamientos humanos irregulares en donde la falta de higiene y la promiscuidad son una constante con claros efectos sobre la salud de los individuos (Welti, 2012 citado por Soto, Moreno & Pahua, 2016).

Un factor más a considerar recae dentro de la esperanza de vida, la cual pasó de 36.9 años en 1930, a 75.2 para 2016, poco más del doble, lo cual tiene

implicaciones sustanciales ya que las personas, al vivir más, tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónico degenerativas y de morir por estas causas; de hecho, hasta 2014, las principales causas de mortalidad corresponden a enfermedades no transmisibles, en grupos de edad avanzados. La interrogante nace en pro de si la nación está lista para proporcionar atención y cuidados a uno de sus grupos más vulnerables (Dirección General de Protección en Salud, 2015, INEGI, 2016, citados por Soto, Moreno & Pahua, 2016)

Por último, cabe mencionar que a pesar de que el promedio nacional de la esperanza de vida es de 78 años para mujeres y 73 para varones, puede discrepar de acuerdo a cada entidad. Estados como Nuevo León, Baja California Sur y Ciudad de México, mantiene tasas que oscilan entre los 76.2 y 76.7 años, mientras que Oaxaca, Chiapas y Guerrero muestra tasas menores a la media 73.1 años, casi 3 años menos (INEGI, 2016).

2.3 Principales causas de mortalidad en México

El indicador que resalta, cuando se habla de analizar la mortalidad en México, es el fuerte descenso registrado a principios del siglo pasado y el cual se ha mantenido sin interrupción, causa de las acciones sanitarias que se han manejado desde entonces, aun y cuando se ha logrado un mejoramiento éste no es substancial (Narro, et al., 1984).

Durante el periodo prerrevolucionario, la tasa de mortalidad registraba un porcentaje entre 33.5% y 35.5 % defunciones por cada 100 mil habitantes; para 1922 reporta una ligera merma del 3.3% en general. No obstante, para 1997 se tiene registrado una disminución a gran escala, puntuando el indicador en 4.9% por cada 100 mil habitantes (Narro, et al, 1984; Soto, Moreno & Pahua, 2016). Es decir, en casi 100 años la tasa de mortalidad en México ha disminuido casi 10 veces. Una de las tantas razones se debe al crecimiento económico que se ha mantenido, produciendo mejores salarios, instituciones aceptables y programas preventivos (Soto, Moreno & Pahua, 2016).

A pesar de todo, no es tan simple como aparenta, de acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), las

cuatro principales causas de mortalidad en el país son las siguientes: enfermedades del corazón: 128,731 defunciones; diabetes mellitus: 98,521; tumores malignos: 79,514; y accidentes de tráfico: 16,035 muertes en el último año. Estos números con el paso de los años han sufrido algunas modificaciones. En los últimos 15 años el orden de importancia no se ha alterado en gran medida, sin embargo, las cantidades como medición objetiva han caído en diferentes oscilaciones.

De esta manera, en el año 2000 las enfermedades del corazón cobraban factura de más de 68,716 personas mientras que la diabetes mellitus ocupaba el tercer puesto con 46,614 defunciones.

A esto se deben agregar nuevos padecimientos. En 15 años el número de muertes se ha duplicado dentro de las denominadas enfermedades no transmisibles. A esto también se deben agregar nuevos padecimientos, pues en los inicios de la década anterior, la obesidad no existía dentro del listado de causas mortales en el país, no fue hasta 2014 que apareció dentro del top 10, y sigue en aumento. Lo peligroso de la obesidad va más allá de los problemas cardiovasculares, recae en los lazos de comorbilidad que trae consigo, pues una persona con sobrepeso u obesidad es más propensa a desarrollar diabetes tipo II o alguna patología social (INEGI, 2016).

Hasta este punto podría concebirse como un abismo sin fondo, que año con año se vuelve más profundo y del cual no hay escapatoria, pues el multiverso de causas y factores nos mantiene dentro de un estado desensibilizado, en donde la salud pasa a ser “un rato que se cura con reposo”.

Capítulo 3. Diabetes; la nueva epidemia mundial

Vivir con diabetes, más que un cambio, más que una adherencia, es un estilo de vida, como el que lleva cualquier individuo, lo único que nos hace diferente es la etiqueta, en efecto las practicas nutricionales y físicas son diferentes, pero hasta cierto punto la similitud del paciente con la de sus semejantes no cambia, todos son personas, humanos que viven, ríen, lloran, sufren, luchan y también suelen darse por vencidos.

Nada es más complejo que el mismo ser humano, cada acción tiene una historia que contar, la casualidad es finita y el azar tiene fecha de expiración. Sin embargo, cada individuo basa su conducta en sus recuerdos y es así como poco o nada atentamos contra nuestra existencia.

La diabetes como padecimiento crónico es reflejo acción y reacción decisional de cada persona, no es un mal o una enfermedad, simplemente un estilo de vida, que se debe disfrutar en medida. A lo largo del capítulo tres se desarrollará uno de los temas centrales de la investigación, abordado desde un punto de vista social y psicológico sin excluir el lenguaje médico, pues al clasificarse como síndrome es necesario abracar diversos enfoques para su comprensión.

3.1: Definición

La diabetes es un padecimiento crónico, progresivo e incurable, asociado a una alta tasa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Además de representar un gasto económico mayor para quien la padece (Rodríguez, Rentería & García 2014).

La *American Diabetes Association* (ADA, 2017) considera a la diabetes como un grupo de enfermedades, caracterizadas por un incremento en los niveles de glucosa (hiperglucemia), debido a defectos en la secreción o acción de la insulina. De esta manera la mayoría de sus síntomas parecen inofensivos, lo que representa una problemática, pues no son considerados de alto riesgo.

Los síntomas clásicos de una marcada hiperglucemia incluyen: poliuria, polidipsia y pérdida de peso, aunque la persona que vive con diabetes también puede presentar, fatiga, visión borrosa, infecciones en la piel, hormigueo o entumecimiento en las extremidades, retraso en la capacidad de sanar, entre otras (Artiaga, 2012).

De acuerdo con la Guía Clínica Semergen (2015), existen múltiples procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, los cuales varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células *Beta* del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia de la acción de la insulina.

3.2 Clasificación y Diagnóstico

Como se ha visto, la definición menciona a la diabetes como un grupo de enfermedades, esto es debido a la similitud de sus síntomas, sin embargo, existen cuatro diferentes categorías clínicas (ADA, 2016):

- Diabetes tipo 1: Anteriormente conocida como diabetes juvenil, la cual afecta a un 5% de la población que vive con diabetes, además de presentar un fuerte componente hereditario, por lo que suele ser diagnosticada en niños y adultos jóvenes. Se caracteriza por una destrucción de las células *Beta* del páncreas que da lugar a un déficit de insulina absoluto, es decir, el cuerpo deja de producir insulina lo que imposibilita la síntesis de glucosa, almidones y otros alimentos para la generación de energía. Esta destrucción suele deberse a un mecanismo autoinmune, aunque en un reducido número de casos no existe evidencia de autoinmunidad ni de otra causa conocida que destruya a las células.
- Diabetes tipo 2: Es el tipo más común de diabetes a nivel mundial, y el epicentro de este trabajo, ya que se encuentra presente entre el 85-95% de la población total que vive con diabetes al ser consecuencia de estilos de vida sedentarios y sobre ingesta calórica, entre otros. A diferencia de diabetes tipo 1, prevalece una resistencia a la insulina, combinada con un déficit progresivo en su producción.

Tan solo en México, hasta 2015 se tienen registros de poco más de 10 millones de personas que viven con esta diabetes, de los cuales solo el 7% han sido diagnosticados (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

- Diabetes gestacional: se inicia o se reconoce durante el embarazo, generalmente alrededor de las 24 semanas, el diagnóstico no afirma que el recién nacido padecerá la enfermedad.
- El último tipo de clasificación, suele denominarse de tipos específicos, ya que incluyen, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.

De esta manera, el tratamiento puede variar de acuerdo al tipo que se padezca. Si bien la diabetes tipo 2 es la más popular a nivel mundial, es también quizá la única que podemos prevenir, aunque esto no significa que el índice de casos disminuya. La ADA, (2016) aconseja que debe realizarse una evaluación médica cuando el individuo presente un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 25, pues éste es un indicador de sobrepeso, primera llamada de atención de un ataque a la salud.

Así mismo, la ADA (2016) nos exhorta a realizar la evaluación médica si existen antecedentes familiares de diabetes de cualquier tipo, llevar una vida sedentaria o ingerir altos niveles calóricos durante el día, entre otros.

Estas recomendaciones llevan como objetivo la detección precoz de la enfermedad, así como de aquellas poblaciones vulnerables (Arteaga, 2012).

Sin embargo, como se ha explicado, los síntomas pueden ser engañosos, hasta cierto punto inofensivo, por lo cual es recomendable realizarse evaluaciones médicas con regularidad, si el historial médico familiar del paciente reporta la prevalencia de enfermedades crónicas, estilos de vida sedentarios y hábitos alimenticios deficientes.

3.3 Estrategias para la prevención y control de la diabetes: el psicólogo y sus funciones

El amplio espectro que abarca la relación psicología y salud es abordado desde su definición, según Matarazzo (1980, citados en Londoño, Valencia & Vinaccia 2006), la psicología enfocada en la salud debe realizar acciones específicas de prevención y promoción, así como el desarrollo de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública, con el fin de aportar una nueva concepción a la salud pública.

Bajo esta propuesta se pretende incluir al psicólogo como un agente participativo, que busque una mayor comprensión del fenómeno de la salud y su relación con diversos aspectos psicológicos (Londoño, Valencia & Vinaccia 2006), ya que, la influencia de factores ambientales, sociales, conductuales y emocionales tienen un gran peso si se vive con diabetes, por lo que el paciente y su familia deben adaptarse lo mejor posible a una vida con este padecimiento. Las dificultades existen, pero no tienen por qué convertirse en un mal, para quien lo vive y quienes lo rodean (Young-Hyman, et al., 2016).

De esta manera el psicólogo especializado en el área de la salud es un profesional capaz de cumplir las siguientes funciones:

- Identificación precoz de poblaciones en riesgo, definidos en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- Desarrollo de programas efectivos en la promoción de conductas saludables.
- Investigación, entendimiento e intervención en los factores que posibiliten una mayor calidad de vida para personas que vivan con algún padecimiento.
- La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
- La necesidad urgente de enfocar los problemas de la salud desde una perspectiva global.

Dicho esto, es claro que el psicólogo de la salud desempeña un papel importante en los procesos de salud-enfermedad, por lo que debe ser considerado una pieza clave en el tratamiento del paciente (American Psychological Association, citado por Méndez & Trujano, 2008). Sin embargo, no siempre se le da la importancia requerida.

Generalmente cuando se menciona el concepto de enfermedad o padecimiento, lo que primero viene a la mente del individuo es el tiempo para sanar, por lo que es inevitable pensar en la ayuda médica, es decir qué hacer, qué no hacer, qué ingerir y qué no ingerir para estar mejor. El tratamiento farmacológico es indispensable para mejorar el estado de salud.

Por otro lado, no se piensa lo mismo sobre el apoyo psicológico que necesita el paciente, o en sus necesidades básicas, dando como resultado un abordaje incompleto de la enfermedad (Castillo, Hauser & Tamagnone, 2007).

Como se ha venido explicando, la diabetes es un padecimiento muy común en la actualidad, catalogada como crónica, no contagiosa e incurable, a tal grado de ser considerada como un problema delicado en la salud mundial, por el gasto económico que genera y los elevados índices de morbilidad y mortalidad, además del impacto emocional de quien la padece.

El paciente se enfrenta a una nueva vida, en la cual la salud debe ser vista como un valor personal y no como una imposición, ya que, su curso de vida y el de su padecimiento se encuentran relacionados a la adaptabilidad del cambio.

Para tratar de comprender cómo se debe dar esta adaptación al cambio, el paciente que vive con diabetes debe acoplarse tanto a la evolución de la enfermedad así como a las demandas que ésta le plantee en su vida diaria, como lo es un régimen alimenticio, la práctica de actividad física o ejercicio, el consumo de medicamentos si le es requerido, vigilancia regular de los niveles de glucosa, revisiones médicas periódicas, entre otros (Whittemore, et al, 2002; citados por Lazcano & Salazar, 2009).

Pollock, Christian y Sands (1990, citados por Lazcano & Salazar, 2009), mencionan que la adaptación a una enfermedad crónica es un proceso complejo que implica un equilibrio entre las demandas de la situación y las habilidades de

afrontamiento que presente el paciente, dado que esto repercute en su bienestar social y psicológico.

Se ha comprobado que el paciente que vive con diabetes es propenso a desarrollar estrés, ansiedad, frustración, aislamiento, depresión, incapacidad de laborar, y problemas familiares y de pareja, ya que estos además de la insatisfacción que generan, juegan un papel determinante sobre el control glucémico (Shesla, et al, 2003, citados por Lazcano & Salazar, 2009).

De esta manera la diabetes demanda una respuesta emocional y actitudinal del paciente. De otra manera es difícil una adherencia a un nuevo estilo de vida, si no encuentra las habilidades necesarias para sobrellevarla.

3.4 El tratamiento psicológico

El manejo efectivo de la diabetes requiere un complejo y existente régimen de tratamientos para el mantenimiento óptimo de los niveles de glucosa. Para ello es necesaria la ayuda mutua de los profesionales de la salud, es decir, el paciente que vive con diabetes no solo debe valerse por las recomendaciones que le da el médico, sino además debe acudir a asesoría nutricional, atención psicológica, vigilancia farmacológica y participar en los diferentes seminarios educativos de prevención y control en las unidades de medicina familiar.

Cada profesional desempeña una función específica que los conduce al mismo objetivo, salvaguardar la salud e integridad del paciente (Castro, Rodríguez & Ramos, 2005)

El control que se ejerce sobre el paciente debe ser equitativo, pues para la maximización de resultados positivos es clave que el tratamiento deba cumplirse, es decir, el paciente debe adquirir una responsabilidad moral con su enfermedad, lo que no es tan simple de adquirir.

De acuerdo con Labrador (1998; citado por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005), el comportamiento del paciente que vive con diabetes ante su enfermedad no es el adecuado, al carecer de habilidades necesarias para afrontar su condición, ya que la adherencia terapéutica no se realiza adecuadamente.

En este punto es importante resaltar el asesoramiento psicoeducativo que el paciente debe recibir, ya que, esto le permitirá la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas. El objetivo de la psicoeducación recae en volver al paciente autodidacta, no solo recibir información de calidad sino aprender a buscar esta misma, para que por iniciativa propia participe en los módulos preventivos de su padecimiento.

Por lo anterior, la participación del profesional de la psicología es fundamental, de manera que el ejercicio psicológico lleva a cabo procesos de intervención, teniendo en cuenta las variables que permitan la modificación conductual del paciente, como lo son las áreas emocionales, conductual y cognitiva, con lo cual se pueden cuantificar aquellas situaciones, pensamientos y sentimientos que imposibilitan una adherencia terapéutica (Castro, Rodríguez & Ramos, 2005). Asimismo, se debe realizar una evaluación de cuatro aspectos importantes, para el desarrollo de una intervención adecuada.

Estos cuatro aspectos son:

- **Habilidades de autocuidado:** Donde se evalúa qué tan habilitado se encuentra el paciente para realizar y mantener un programa alimenticio, administrarse su medicamento, y monitorear regularmente sus niveles de glucosa, entre otros (Labrador, et al, 1998, citados por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005).
- **Adherencia al tratamiento:** se pueden observar conductas frente al nuevo estilo de vida (dieta, ejercicio, revisiones médicas, entre otras), en términos de frecuencia, duración, intensidad y distribución del tiempo. El paciente debe mostrarse óptimo para desarrollar un nuevo repertorio conductual (Simón, 1999, citado por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005).
- **Barreras percibidas en la adherencia:** Su objetivo es identificar qué aspectos emocionales, conductuales o cognitivos, pueden interferir en la realización del tratamiento (Castro, Rodríguez & Ramos, 2005).

- Evaluación de situaciones estresantes: Se realiza con el fin de identificar cuáles acciones o pensamientos pueden generar cierto grado de estrés en el paciente, de tal modo que no se realicen por su dificultad, dolor o sensación que producen (Pereira & Palacios, 2001, citados por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005).

Una vez realizada la evaluación, el desarrollo de la intervención debe seguir dos ejes principales: percibir cuáles son las limitantes del paciente para adaptarse a un nuevo estilo de vida y cómo incluir a las personas que rodean al paciente para facilitar la adherencia terapéutica, por lo cual el psicólogo debe potencializar las habilidades sociales del paciente y sus familiares.

Así, la intervención del psicólogo en la salud permitirá al individuo comprender y asumir de forma menos agresiva la condición que su enfermedad conlleva (Méndez & Trujano, 2008)

La intervención psicológica para promover y mejorar la adherencia al tratamiento, se focaliza en el desarrollo y adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado por etapas, es decir se realiza una Intervención previa con el propósito de discriminar las señales procedentes del organismo del paciente (Labrador, et al, 1998, citados por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005), con el fin de desarrollar sesiones de entrenamiento en la que el paciente establece una sensibilización hacia determinados momentos críticos, desechando las falsas alarmas (Pereira & Palacios, 2001, citados por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005)

En este punto de la intervención es recomendable fijar objetivos, a corto y mediano plazo, mediante la utilización de contratos conductuales, automonitoreo del paciente con el uso de autoregistros, así como sesiones familiares para fortalecer los vínculos emocionales.

Posteriormente, la intervención debe centrarse en la adquisición de habilidades y afrontamiento de patologías asociadas, pues existe la evidencia experimental y clínica del efecto desestabilizador del estrés sobre el control glucémico y su tratamiento como potenciales condiciones generadoras de estrés (Skinner, 1969, citados por Castro, Rodríguez & Ramos, 2005). De esta manera, el paciente debe recibir sesiones de inoculación de estrés, relajación con

biofeedback y habilidades sociales, con el fin de desarrollar un nuevo repertorio conductual, para la construcción de nuevos hábitos.

Dentro del nuevo repertorio conductual que debe desarrollar el paciente que vive con diabetes encontramos (Guía de autocuidado para personas con diabetes, SNE s/f):

- Un régimen alimenticio: el control del índice glucémico depende en gran parte de los alimentos que se ingieren, no solo en su cantidad sino en su calidad.
- Programas de ejercicio físico: la práctica regular de actividad física o ejercicio, ayudan a controlar los niveles de glucosa, mantener o disminuir el peso corporal y focalizar metas a mediano y largo plazo.
- Automonitoreo e ingesta farmacológica: el paciente debe tener conocimiento del empleo de dispositivos electrónicos para la medición de la glucosa, así mismo debe tener la habilidad de emplearlos el mismo. El consumo de fármacos son un complemento del tratamiento, siempre y cuando sea requerido, el paciente debe aprender a establecer horarios fijos para su ingesta, además de tomar las dosis requeridas.
- Aprender a vivir con el tratamiento: el tratamiento, al igual que los niveles de glucosa, suelen sufrir alteraciones con el paso del tiempo, lo que indica una progresión, ya que el paciente se está adaptando a un nuevo estilo de vida, por lo que el paciente y su familia deben estar informados y actualizados acerca de la enfermedad y sus complicaciones, debiendo llevar un registro del tratamiento, evitando la automedicación o que inicien otro tratamiento que no ha sido aprobado por su médico.
- Evitar complicaciones crónicas: la importancia en la adherencia terapéutica es de suma importancia si el paciente desea llevar una calidad de vida aceptable para él y su familia; de esta forma, la consecución de objetivos establecidos a mediano y largo plazo es fundamental, ya que se sabe que la diabetes mal controlada puede afectar a niveles micro y macro vasculares, llegando a producir amputaciones de las extremidades, ceguera y aterosclerosis.

Con base en todo esto, es claro que el proceso puede ser extenso y complejo, no es fácil adaptarse a un nuevo estilo de vida y mucho menos vivir con un padecimiento incurable, aunque no todo es tan malo, se puede disfrutar la vida de la misma manera y todo comienza con la decisión del paciente por afrontarlo. Una sola acción puede desencadenar muchas más y esa acción puede ser tan simple como empezar a caminar.

Capítulo 4. El ejercicio como tratamiento

En el movimiento está la vida, en la actividad reside la felicidad, palabras más exactas no es posible redactar. Desde la aparición del ser humano, ha existido en él, la necesidad de moverse, ya sea, para buscar protección, alimento o compañía, es casi innato el deseo de andar.

Con el paso del tiempo esta necesidad fue suprimida, mejor dicho, reemplazada, pues el tiempo están corto para vivir, que desperdiciarlo en trasladarse es innecesario, aunque paradójicamente perdemos más tiempo en movernos de un lugar a otro.

No entraremos en dilemas filosóficos intentando encontrar la felicidad, pues al igual que el tiempo es relativa. Sin embargo, si de momentos hablamos, existen pocos en los cuales el individuo puede presumir un bienestar, no solo físico, sino emocional y espiritual, todo gracias al movimiento, denominado ejercicio, deporte o actividad.

Barreras siempre existirán, para no iniciar o realizar una conducta, aunque para todo existen, lo primordial aquí es el individuo y su expectativa, las decisiones se basan en momentos en las que las personas visualizan metas futuras, sin considerar los obstáculos que se encontraran.

En este apartado se aborda el ejercicio físico como la alternativa más viable para el cuidado de la salud, explicando de manera clara los puntos más relevantes de un estilo de vida saludable y porque no todos tiene la iniciativa de emprenderlo. Así mismo el tema central de este capítulo es la motivación, por lo que es necesario dedicarle un espacio para su análisis.

4.1 Definición y clasificación de la actividad física y el ejercicio.

La actividad física (AF) a lo largo de la historia ha recibido diferentes juicios y definiciones, pero en general todas ellas giran en torno al aumento de la tasa metabólica por encima de la basal (Claros, et al, 2011). Es decir, se refiere a la energía utilizada para el movimiento, lo que genera un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales como son la

respiración, digestión, circulación de la sangre, entre otras. Dichas actividades suelen ser realizadas durante una rutina diaria, como caminar, transportar objetos, subir escaleras o realizar las tareas domésticas (Rosa & Vallejo, 2009)

Sin embargo, para una mayor comprensión sobre los efectos que la AF produce en la salud, resulta imprescindible establecer la diferencia entre términos. Pues para algunas personas la AF significa participación deportiva, o bien una actividad estructurada de elevada intensidad, mientras que para otros es algo que se realiza durante el tiempo libre, de tal manera que la mayoría de las ocasiones utilizamos este concepto de manera indiscriminada por lo que la ambigüedad del término nos conduce a una confusión de conceptos (Rosa & Vallejo, 2009).

Si bien ya se ha definido con claridad el concepto de AF, se deben esclarecer las diferentes clasificaciones que se pueden tener como puede ser: ejercicio físico (EF), forma física (FF) y deporte. En cuanto al primero término, el EF hace referencia a movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Aquí podríamos incluir actividades tales como aeróbics, ciclismo, caminar a paso ligero o realizar labores de jardinería. Si el ejercicio físico se realiza como competición que se rige por una reglamentación establecida, nos estamos refiriendo al término deporte (García- Ferrando, 1990, citados por Pérez, 2012, Rosa & Vallejo, 2009).

Por otro lado, la FF resulta un tanto más compleja, pues a diferencia de la actividad física o el ejercicio, es un concepto muy amplio que suele abarcar una serie de atributos condicionales como la fuerza o la resistencia que determinan la capacidad para realizar actividad física, aunque un mismo individuo puede estar capacitado para realizar determinado tipo de actividad y no otro. La forma física depende tanto de factores genéticos como de los niveles de actividad física de los individuos, de tal modo que es posible desarrollar programas específicos de ejercicio encaminados a la mejora de la forma física (Rosa & Vallejo, 2009)

En cuanto al deporte, es sabido que el practicar un deporte es determinante para disminuir o eliminar los factores de riesgo asociados al sedentarismo y obesidad, entre otros problemas de salud importantes.

4.2 Relación actividad física y salud.

Actualmente, el ejercicio físico es considerado como una herramienta importante en la prevención y lucha contra los efectos físicos y mentales para el cuidado de la salud. Si bien la salud depende de la interacción de múltiples factores; sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, dan como resultado un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas (Alcántara, 2008).

Para comprender la idea de salud debemos remitirnos a una condición histórica, ya que, en cada momento, determinada sociedad tiene una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas (Alicántara, 2008).

Así, la salud resulta un hecho social, psicológico y biológico, dando explicación al proceso de adquirir, mantener e incluso perder la salud, tanto en su dimensión colectiva como individual; es decir, el comportamiento visto como eje vinculador de dimensiones cubre al organismo físico que interactúa por el lado biológico, y de igual manera el eje social que asimila la acción funcional en que el organismo se interrelaciona con su entorno (Ribes, 1990).

Bajo esta perspectiva, el aprendizaje es fundamental. Por consiguiente, si el aprendizaje de hábitos no saludables nos ha conducido al desarrollo de padecimientos crónicos, por qué no aprender a desarrollar hábitos para la prevención y mantenimiento de los mismos.

Bandura (1997, citado por Flórez, 2007) menciona la noción de agenciar para referirse al hecho de que las personas se comprometan con la realización de acciones, que de acuerdo con sus expectativas conducen a un determinado resultado que el individuo valora.

Aquí es donde la actividad física debe jugar un papel determinante, ya que, hasta cierto punto resulta en conductas instintivas del individuo, que en ocasiones

pasan desapercibidas al ser consideradas como obligaciones físicas (caminar, labores domésticas, subir escaleras, etc.), y por lo cual se ignora de los beneficios que se pueden obtener si convertimos dichas obligaciones en acciones orientadas a metas (ejercicio físico).

Para lograr resultados favorables en la consecución y mantenimiento de la conducta saludable, es necesaria la prescripción a resultados, es decir, el perseguir metas específicas que motiven la conducta de ejercicio, de esta manera la AF debe ser sustituida por EF, con lo cual debe responder a diferentes parámetros; como, frecuencia, duración, intensidad y tipos de ejercicio (Jiménez, et al., 2008).

Así, la actividad física se considera como una conducta fundamental en el fomento y mejora de la salud, de manera que constituye una de las variables básicas del estilo de vida saludable, siempre y cuando se realice con una frecuencia de tres o más veces por semana, a una intensidad de moderada a vigorosa y con una duración mínima de 30 minutos por sesión, en la mayoría de la población (American College of Sports Medicine, ACSM, 1991 y 1996, Molina, 2007, citados por Pérez, 2012).

Sin embargo, diversas instituciones difieren en la frecuencia de la actividad. La American College Health Association (ACHA, 2008) señala que debe ser una práctica regular, con una frecuencia de al menos cinco días por semana, durante 30 minutos y a una intensidad de moderada a intensa para los adultos o 20 minutos intensos por tres días a la semana (Pérez, 2012).

4.3 Beneficios físicos, psicológicos y sociales de la actividad física y ejercicio

Actualmente se puede afirmar que llevar un estilo de vida sedentario es un factor determinante en el desarrollo de diferentes padecimientos crónicos. La relación entre la práctica física-deportiva y la salud física y mental ha expuesto diferentes beneficios en el cuidado de ésta.

De acuerdo con la OMS (2017), la práctica regular de actividad física es clave en el gasto energético, fundamental para el equilibrio calórico y control de peso. Dentro de los beneficios físicos de la práctica constante de AF encontramos que reduce el riesgo de padecer hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama, cáncer de colon y obesidad, además de fortalecer y aumentar el sistema óseo, muscular y la capacidad aeróbica y anaeróbica. De esta manera, el individuo adquiere una mayor condición y composición corporal al mejorar sus actividades cardiovasculares, metabólicas y músculo-esqueléticas (Zamarripa, 2010 citado por Pérez, 2012).

Por lo tanto, las aportaciones anteriores demuestran las repercusiones de la incorporación de conductas físicas en el cuidado de la salud física.

No obstante, el organismo no es el único beneficiado, ya que al aumentar la fuerza y resistencia física del individuo éste adquiere una mayor independencia, lo que le permite mejorar su calidad de vida, entendida como la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo).

Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, como emocional y social (Fernández, Hernández & Siegrist, 2001, citados por Urzúa, 2010). Si bien la calidad de vida es subjetiva para cada persona puede ser cuantificada mediante evaluaciones estandarizadas, las cuales incluyen interrogantes relacionadas a los estados de ánimo y juicios cognitivos de satisfacción con la vida.

Lo anterior se puede traducir en el bienestar del individuo, es decir sentirse bien o sentirse mejor con él mismo, lo que incrementa su auto concepto, facilitando la aparición de estados de ánimo positivos (Márquez, 1995).

La función cognitiva también recibe una bonificación de la práctica de AF, principalmente en la memoria, con lo que previene la aparición de Alzheimer en adultos mayores y mejora el rendimiento escolar en niños y adolescentes. Así, la estimulación cerebral durante la práctica vigorosa de AF o EF ocasiona la segregación de sustancias, que entre otras cosas funcionan como analgésicos

mentales. Dichas sustancias se denominan endorfinas capaces de producir sensaciones de felicidad, tranquilidad, euforia y creatividad (Márquez, 1995).

Sin duda, los beneficios de una práctica recurrente de AF, EF, o deporte conllevan no solo a un aumento considerable en la salud física sino a mantener una salud mental adecuada, previniendo o combatiendo las nuevas patologías sociales (depresión, estrés, ansiedad). De igual manera dentro de estas actividades se producen y expresan algunos de los grandes valores de la sociedad contemporánea, ya que, la práctica de actividad física es una conducta que se aprende durante el proceso de socialización, donde el individuo recibe la influencia del contexto en el cual se encuentra (Maldonado, 1997, Balaguer & Castillo, 2002, citado por Pérez, 2012).

Molina, (2007, citado por Pérez, 2012) considera que, de esta forma, aprendemos lo que nuestro entorno inmediato considera adecuado o no, y por consecuencia, aquello que los demás esperan que hagamos, integrando todo esto a nuestro sentido de competencia, dando lugar a la creación de habilidades, actitudes, creencias y valores sobre la práctica de actividad física.

De esta forma, la AF no solo se relaciona con el proceso de salud sino también dentro del desarrollo social del individuo, dando lugar a ser empleado como un “antídoto” en contra de vicios, delincuencia y violencia (Teixeira & Kalinoski, 2003, citado por Pérez, 2012).

4.4 El ejercicio como tratamiento en pacientes que viven con diabetes

Hasta el día de hoy, el ejercicio físico es considerado como una herramienta importante en la prevención y lucha contra los efectos físicos y mentales en padecimientos crónicos.

La mayoría de los programas para el control metabólico a largo plazo, basan su éxito en la combinación de planes alimenticios, actividad física moderada o ejercicio y modificaciones conductuales, pues por separados el porcentaje de efectividad es relativamente bajo (Márquez, Ramón & Márquez, 2012).

De acuerdo con Topp, et al, (2005, citado por Gómez, et al, 2010), la incorporación de AF en el individuo aumenta la capacidad funcional, lo que incrementa los años de vida activa de la persona, ya que, durante el ejercicio, el cuerpo realiza un gran desgaste de energía, el cual es satisfecho mediante la utilización de sus reservas de glucógeno y triglicéridos, así como ácidos grasos libres provenientes de la lipólisis y la glucosa liberada por el hígado (American College of Sport Medicine, 1998).

La American Diabetes Association (2016), menciona que el ejercicio disminuye la glucosa en la sangre de varias maneras, ya que aumenta la sensibilidad a la insulina, por lo que las células pueden aprovechar de manera que produzcan más glucosa y por ende una mayor cantidad de energía.

De esta manera el efecto de la actividad física en la glucosa varía según el tiempo que lleva activo y muchos otros factores. La actividad física puede reducir la glucosa en la sangre hasta 24 horas o más después de hacer ejercicio al hacer que el cuerpo sea más sensible a la insulina.

Debe familiarizarse con la reacción de la glucosa al ejercicio en su caso. Si mide el nivel de glucosa en la sangre con frecuencia, antes y después de hacer ejercicio, puede ayudarlo a notar los beneficios de la actividad. También puede usar los resultados de las mediciones de glucosa para ver la reacción de su cuerpo a diferentes actividades. Comprender estos patrones puede ayudarlo a evitar que la glucosa le suba o baje demasiado.

Dicho esto, se han realizado estudios utilizando el ejercicio físico como tratamiento en padecimientos metabólicos. Por ejemplo, Okada, et al, (2010, citado por Cascaes, et al, 2017) realizaron un estudio con pacientes que viven con diabetes tipo II (DM2) donde se encontró que el ejercicio físico ejerce un efecto anti-arteriosclerótico proporcionando grandes beneficios en la función endotelial, independientemente del control glucémico y de la sensibilidad a la insulina.

De igual manera García de Alba, et al, en 2004, evaluaron los conocimientos acerca del ejercicio físico en pacientes con diabetes tipo 2, sometiendo a los pacientes a un programa de actividades físicas durante seis meses, mediante un diseño AB, valorando la capacidad física, fuerza, resistencia y

flexibilidad de los pacientes, además de tomar mediciones de glucemia en ayunas, tensión arterial e índice de masa corporal, durante las sesiones. Dentro de los resultados encontraron que la intervención no mostró diferencias estadísticas entre el índice de masa corporal y la presión arterial diastólica, a diferencia de la presión arterial sistólica y la glucosa en ayunas.

En la evaluación previa y posterior de la condición física observaron mejoría significativa en todas las pruebas realizadas, por lo cual los participantes presentaron un índice de capacidad física bueno y excelente al finalizar la intervención.

Por otro lado, Mancilla, et al. (2014), efectuaron un programa de ejercicios de alta intensidad (intervalos Hiit) durante tres meses, evaluando la capacidad aeróbica, el control glucémico y la grasa corporal en pacientes intolerantes a la glucosa con sobrepeso u obesidad. La intervención mostró una mejoría en el control de los índices glicémicos en las primeras dos semanas, así como reducción de la grasa corporal.

Concluyendo, el ejercicio Hiit por intervalos recupera la glicemia y promueve la oxidación de la grasa, por lo que es altamente recomendable.

Dicho esto, es clara la influencia de la actividad físico deportiva para la mejora de la salud en general, aunque como toda nueva actividad incorporada a la rutina diaria lleva un proceso, el cual no siempre es completado.

4.5 El papel de la motivación en el desarrollo de conductas saludables: actividad física y ejercicio.

En el capítulo 1 se hizo mención a las preguntas ¿Por qué una persona ejecuta o no un determinado comportamiento favorable para su salud?, ¿Por qué recae o retrocede tiempo después de haber comenzado un hábito favorable?, ¿de qué depende el curso, mantenimiento y direccionalidad de una conducta? (Flórez, 2007).

Todo parece indicar que recaen en la motivación de cada individuo.

Por motivación nos referiremos a la integración compleja de procesos psíquicos que efectúan la regulación inductora del comportamiento, pues ésta determina la dirección, intensidad y el sentido del comportamiento (Flórez, 2007; Gonzales, 2008).

En la vida diaria el individuo refleja objetos indicadores para la satisfacción de necesidades que lo inducen a actuar, ya que experimenta: emociones, deseos, sentimientos y aspiraciones que, de manifestarse las condiciones adecuadas, impulsan la actividad a una meta.

Todo proceso psíquico (memoria, pensamiento, percepción, emoción, sentimientos, lenguaje, entre otros) refleja una interacción entre el individuo y el mundo, que a su vez representa un reflejo de la realidad percibida convirtiéndolo en un desencadenante en el proceso regulador de la actividad (Gonzales, 2008).

De acuerdo con Rubinstein (1965, citado por Gonzales, 2008) existen dos maneras en las cuales se puede presentar una función reguladora del reflejo de la realidad, en forma de regulación inductora (inicial) y en forma de regulación ejecutora (la acción se cumpla).

La regulación inductora, inicia la acción y determina el sentido que llevará, ya que el reflejo del objeto satisface la necesidad del individuo. Por otro lado, la regulación ejecutora efectúa un análisis de las condiciones en las que se encuentra el individuo, para buscar la alternativa más viable de llegar a la meta. De esta manera, ambas pueden correlacionarse dentro del contexto en el cual el individuo se encuentra.

Hasta este punto, pareciera que la única manera de cumplir un objetivo, es que la meta sea una necesidad fisiológica básica, es decir si un hombre sediento después de un larga caminata en el campo, ve a lo lejos una granja habitada por campesinos, dentro de su mente se crea la imagen de la vivienda y el agua potable que allí debe haber, por lo cual emerge de él una tendencia activa que determinará la dirección y el sentido de su concepción: correr y pedir un vaso con agua para beberla.

En otras palabras, se genera una ansiedad focalizada, en donde el organismo registra una necesidad que debe ser satisfecha.

Esto sucede cuando el sistema dopaminérgico libera en pequeñas descargas al organismo lo que necesita y debe ser cubierto a la brevedad.

Maslow (1943), estableció un orden jerárquico de necesidades humanas, exponiendo que conforme el individuo satisface sus necesidades más elementales, desarrolla deseos más elevados.

La escala de necesidades de Maslow suele representarse como una pirámide de cinco niveles, divididos en dos grupos: *necesidades de déficit* y *necesidades de ser*. Dentro de las necesidades de déficit encontramos: necesidades fisiológicas, seguridad, afiliación y reconocimiento, mientras que en las necesidades de ser están conformadas por deseos de autorrealización. En este sentido las primeras pueden ser satisfechas fácilmente, no obstante, los deseos presentan una fuerza impelente continua.

De esta manera la motivación responde a la necesidad, la cual es reflejo de la realidad del individuo. El problema radica en que para la mayoría de las personas la salud no es una necesidad, un deseo, o un valor moral, sino un estado momentáneo, que se irá con el paso del tiempo.

Con lo cual, para iniciar un cambio se debe considerar que nada es de efecto inmediato, sino que todo lleva un proceso. Dicho proceso no debe asumirse de forma lineal, sino a la manera de una secuencia gradual (Flórez, 2007). De ahí que la psicología de la motivación humana asume una representación similar para ayudar al individuo en la consecución de la conducta saludable.

El desarrollo de modelos por etapas ha favorecido el incremento y la adherencia en la gestación de un estilo de vida saludable. La importancia radica en que debe considerarse el nivel de compromiso de cada individuo, situándolo en una etapa específica, donde la persona asume la autonomía que posee en el cuidado de su salud. Aun así, cada etapa enfrenta barreras psicológicas que pueden influir en el ascenso o declinación de la conducta saludable, por lo cual cada modelo y etapa llevan consigo el apoyo de estrategias cognitivas conductuales, para maximizar el crecimiento del individuo en el cuidado de su salud.

CONCLUSIONES

Para finalizar se centraran los ejes más relevantes de la investigación y de los cuales se gestó el interés por realizar este trabajo.

La mediación de la conducta ante el cuidado de la salud:

Principalmente se trató de responder a la pregunta ¿Qué factores intervienen en el cuidado de la salud?, como se expuso, la interacción del individuo con su medio es una de las principales causas, pues dicha relación es el principio de la generación de experiencias y aprendizajes que posteriormente serán heredadas dentro de un grupo social primario.

Esta transmisión de experiencias se expresa en la formación de hábitos que un padre o una madre comparten a sus hijos, es decir, acciones tan básicas como alimentarse, vestirse y expresarse, son adoptadas por las nuevas generaciones, del mismo modo actividades de mayor complejidad, para mantener un cuidado integro de su salud, nutrirse adecuadamente, ejercitarse, pulcritud en su higiene, entre otras.

La palabra clave es aprendizaje, pues es lo que nos ha dado una identidad como individuos, esta identidad en lo que nos hace únicos y diferentes del resto, permitiéndonos actuar y decidir de acuerdo a nuestros juicios de valor.

El cuidado de la salud responde a una jerarquía de valores, es decir, qué es más importante o a qué le dedico más tiempo. En este punto el contexto desempeña una función prioritaria pues es quien condiciona la elección de acciones, pues el medio dicta la pauta para desarrollarse. De esta manera los determinantes que regulan el cuidado de la salud son todos aquellos que participan en la interacción del individuo como ser social, y quien o quienes indican para que esta conducta sea benéfica o perjudicial es la historia de cada persona.

El proceso salud enfermedad:

Si bien se mencionó la importancia del medio y el aprendizaje para que el individuo pueda elegir las acciones que más le beneficien como principio del

comportamiento saludable, ahora toca turno de exponer la concepción del término salud y el proceso que ésta atraviesa para descuidarse y perderse.

Pareciera que la salud es un objeto manipulable, del cual se dispone en cualquier momento, sin embargo, la realidad es otra, por salud se comprende al estado de bienestar físico, mental y espiritual inherente al ser humano que puede verse perturbada por las interacciones del individuo y su medio. Por lo cual, la salud como sensación es relativa a cada persona, ya que usualmente la denominamos con una expresión en demasía ambigua, “estoy bien”. Dentro de dicha expresión el individuo puede ocultar o desconocer si su estado anímico y físico es acorde a su declaración oral.

Las interrogantes germinan en torno al concepto y la definición, pues más que un bienestar o un instante, porque no adoptarla como un valor humano social bajo los estándares de lo ético y lo moral, es decir, dentro del principio moral de la salud brota un valor como la vida misma, que debe ser disfrutada en plenitud, alcanzando la felicidad que todo individuo anhela, en palabras mundanas “la felicidad y la salud son resultado de la armonía del pensar, decir y hacer”.

Para ello es necesario tomar este proceso de salud-enfermedad como un continuo abordaje al ser humano en toda su complejidad, desde aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sin caer en un reduccionismo dicotómico en donde sólo se aborda lo psicológico, lo social o lo biológico por separado, sino que se intenta justamente lo contrario, interrelacionar los diferentes niveles de análisis.

Diabetes

Como se ha expuesto, esta herencia cultural también ha permeado la epidemiología del contexto en el cual se desarrolla el individuo. Las denominadas enfermedades no trasmisibles tienen su origen en la aglomeración de factores, sociales, económicos y culturales.

Llama la atención el hecho de que su reproducción no se manifiesta con la exposición física a un portador, sino que son resultado de un proceso longitudinal.

Refiriéndonos a la población más desprotegida, niños y adultos mayores, los primeros son receptores de información, mientras que los segundos son transmisores, así el niño replicará aquellas conductas y pensamientos que le parezcan más atractivos. Si el adulto en cuestión mantiene un estilo de vida sedentario, hábitos alimenticios desequilibrados y una visión de su condición actual como deplorable, es casi seguro que el niño repetirá dichos patrones en su vida adulta, iniciando por lo más elemental, nutrirse adecuadamente y practicar actividades de ejercicio físico.

Sin embargo, culpar al individuo también es un error, no es posible atribuirle cada decisión como suya, ya que todas tienen una causa directa, su desarrollo dependió del contexto, el cual tiene más peso que la necesidad primaria de bienestar.

Dentro de la diabetes el factor hereditario existe, sin embargo, no se desarrolla si no existen las condiciones que lo potencialicen, lo que en muchas ocasiones pasa desapercibido pues las acciones más simples son aquéllas que refuerzan una enfermedad, pero son también aquéllas que pueden prevenir un padecimiento.

El ejercicio físico como estrategia en la promoción y mantenimiento de la salud

La acción más simple para cuidar de nuestra salud es quizá la más difícil de hacer, ya que lo complicado no son las actividades a realizar sino los prejuicios que rodean a dichas actividades, que suelen ir acompañados de sentimientos desvalorizantes.

El ejercicio físico tiene la peculiaridad de ser realizado por un sector determinado de la población, usualmente cuando el individuo presenta mayor fuerza y vitalidad, por otro lado, el deporte tiene un campo de acción más amplio pues integra a todos los grupos etarios, aunque suele practicarse sin normas que lo regulen, es decir presenta una función lúdica más que formadora.

Pero esto último presenta una gran ventaja, ya que tanto el ejercicio físico y el deporte son vistos como inaccesibles para la población general; es decir, solo

un atleta joven tiene la posibilidad de practicarlo, mientras que el resto debe conformarse con apreciarlo de fuera, limitando sus capacidades y encasillándose a actividades de menor demanda.

El hecho de ver al deporte o ejercicio como una escapatoria a la rutina, da al individuo la concepción de que él también puede realizar las mismas actividades que un atleta de alto rendimiento, siempre y cuando exista una planeación y organización para ello.

La cuestión es cómo hacer que la persona se acerque a intentarlo, logre mantenerlo. Aquí es donde el profesional de la salud debe intervenir, no solo con palabras de carácter primordial, sino con hechos que acompañen un discurso. Si el ser humano ha aprendido cómo no cuidar de su salud, también aprenderá a cómo cuidar de ella sin necesidad de culparse a sí mismo.

La respuesta de varias instituciones han sido la confección de guías con prescripciones de ejercicio físico para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población general, sin embargo, dichos programas no han tenido el éxito que se espera al carecer de difusión, estructura y hasta cierto punto considerada para una porción específica de la población.

Por esto, es necesaria la creación de un programa motivacional que ayude al paciente y a las personas en general a modificar sus hábitos para una mayor calidad de vida, centrándose en las necesidades de cada individuo, presentándoles alternativas que lo único que requieren es la iniciativa de realizarlas, volviendo al paciente partícipe de su cuidado y no solo que aprenda a seguir instrucciones.

Dicho programa no solo es considerado desde la participación psicológica, sino que sabe de la necesidad en la inclusión de otros especialistas en la salud, la participación multidisciplinaria aunada al valor humano son las bases para que la población comience a cuidar su salud.

PROPUESTA

Con base en las premisas principales de este escrito, se propone un programa de intervención secuencial basado en un programa de ejercicio físico, que tiene como objetivo gestionar la autonomía en la salud de las personas. De esta manera, se pretende prevenir y controlar la mayoría de padecimientos crónicos en la población mexicana, así mismo el programa tendrá la maleabilidad de ser adaptable para todas las personas, sin importar su padecimiento, condición económica o nivel educativo.

Objetivos

General:

- El paciente aprenderá a identificar aquellas conductas que le imposibiliten adherirse a un programa de ejercicio físico.

Específicos

- Instruir al paciente con los medios informáticos adecuados para el cuidado de su salud y su padecimiento.
- El paciente desarrollará estrategias de afrontamiento para la toma de decisiones que afecten o incrementen su salud.
- El paciente creará y mantendrá un nuevo repertorio conductual que favorezca en la prevención y/o control de padecimientos crónicos.

Para ello el programa contará con cuatro áreas de oportunidad (A1, A2, A3 y A4), divididas cada una en tres apartados:

A1: Expectativa (Automonitoreo).

Usualmente en esta etapa el paciente tiene conocimientos insuficientes sobre su padecimiento, además de justificar sus acciones con racionalizaciones erróneas producto del contexto donde se desarrollan.

El objetivo principal será la sensibilización del paciente en la toma de decisiones. Con lo cual esta primera etapa se divide en tres apartados psicoeducativos:

- ¿Qué tanto sé de mi enfermedad?
Información con la que el paciente cuenta, y de qué fuentes la ha adquirido.
- ¿Cómo considero mi salud?
Valoración del autoconcepto: responde a las preguntas ¿cómo me siento?, ¿cómo me ven los demás?, ¿cómo me gustaría ser?
- ¿Qué me impide cambiar?
Análisis de las conductas para el cuidado de la salud con las que cuenta el paciente.

El criterio de éxito será alcanzado con la participación activa en los seminarios, ya que indica una toma de conciencia del paciente en el cuidado de su salud, reconociéndose como una persona independiente.

A2: Autoeficacia (Motivación).

En esta etapa el individuo comienza a valorar los beneficios que le traerá el ejercicio físico. Las personas se vuelven conscientes de su padecimiento e incluso comienzan a realizar alguna mejora en su rutina, aunque no presentan éxito.

La meta principal de esta etapa es instruir al paciente en las habilidades que posee, con el fin de desarrollar un programa de ejercicio físico individualizado.

De esta manera el paciente asume una responsabilidad para actuar y contemplar el beneficio que adquirirá en los siguientes tres módulos:

- Balance decisonal
Analizar los beneficios o detrimentos de la práctica de ejercicio físico.
- Actitudes normativas
Fomentar en el paciente la práctica de ejercicio físico y como está, es accesible para toda la población.
- Redes de apoyo

- Examinar los canales de comunicación entre el paciente y su familia, amigos y especialistas que participan en su recuperación.

El criterio de éxito se tomará a consideración del individuo, ya que esta etapa es puramente motivacional, es decir la persona debe dar el siguiente paso voluntariamente y sentirse preparada para realizar un cambio que transformará su vida. Sería recomendable utilizar escalas de motivación publicadas.

A3: Planificación de objetivos (Autoregistro).

Durante esta etapa el individuo es participe en la modificación conductual, pues ha elegido una manera de comenzar a realizar el ejercicio físico. Durante esta etapa es necesario emplear estrategias conductuales para reforzar la conducta a mantener. De igual manera el individuo será instruido en el manejo de Autoregistro promoviendo la responsabilidad en su cuidado.

- Organización del tiempo
Distribución de las actividades del paciente mediante Autoregistro. De esta manera el paciente se dará cuenta de la cantidad de tiempo que posee y no aprovecha.
- Prescripción de metas
Realización de objetivos realizables a corto plazo. El paciente redactara objetivos accesibles que no impliquen un cambio drástico en la rutina.
- Incorporación a la actividad
El paciente habrá seleccionado alguna actividad física o deporte que responda a sus demandas, tiempos y valores.
- Autoreforzamiento
Se basa en el empleo de premios que el paciente obtendrá a cambio de comenzar un programa de ejercicios, dichos premios serán equivalentes a los objetivos conseguidos y valorados por el paciente.

El criterio de éxito será alcanzado bajo las metas de cada paciente, exponiendo la frecuencia y duración de la conducta seleccionada. Al utilizar registros de automonitoreo, se realizará un balance para determinar si el paciente cubre un 80% en sus actividades, obteniendo el autoreforzamiento.

A4: Mantenimiento de la acción.

En esta etapa el individuo debe trabajar en la prevención de recaídas y consolidar los avances que ha tenido, por lo cual se deben desarrollar estrategias de afrontamiento para lograr el mantenimiento de la conducta saludable, y que posteriormente se vuelva un hábito. Las técnicas más efectivas para trabajar esta etapa se basan en el control de estímulos y fortalecer las redes de apoyo familiares, dosificando a criterios mayores de logro el autoreforzamiento.

- Autocontrol
Se trabajará con el paciente estrategias de habilidades sociales, específicamente de asertividad, donde aprenderá en qué momentos puede disminuir su actividad y cuando aumentarlos.
- Consecución de metas
El paciente valorará si lo que ha realizado responde a sus expectativas, posiblemente sufra una recaída, por lo cual es necesario realizar técnicas de contracondicionamiento para reforzar la conducta de ejercicio.
- Restructuración de objetivos
Una vez conseguidos los objetivos a corto plazo es necesario que el paciente cambie su perspectiva, incrementando la dificultad de sus metas, analizando los, pro y contras e incorporando sus redes de apoyo para lograr sus nuevas metas.

El criterio de éxito radicarán en el mantenimiento de la acción y la mejora de la salud del paciente, pues éste comenzará a ver los resultados de los cursos y de acción realizados.

Tomando el ejercicio como modelo, se propiciará que la población en general sea consciente del cuidado de su salud y busque otras alternativas viables para generar un cambio positivo en su vida.

Este programa motivacional no asegura un criterio de éxito total pues el hecho de que la persona pase las etapas y realice la actividad no garantiza que asuma su salud como un valor, sino como una responsabilidad.

No obstante, el paciente habrá dado un paso importante en la mejora de su calidad de vida, al verse como un ser activo, independiente y capaz de lograr y conseguir los objetivos que se plantee para el cuidado de su salud, lo cual es también el fortalecimiento del autoconcepto.

Referencias bibliográficas

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Campo. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. En Línea: <http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/#.WhYVAkqnHIU>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2015). Diabetes en México. En línea: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/>
- Gajardo, A. & Jáuregui, J. (2015). Vejez y soledad: Implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta Bioethica*. 21(2). 199-205.
- García de Alba, J., Rocha, A., Gutiérrez, V., Rodríguez, C., & Najjar, M. (2004). Diabetes mellitus tipo II y ejercicio. *Medigraphic*. 42(5), 395-404.
- Gómez, R., Monteiro, H., Bolaños, M., Cortez, D., & Zanesco, A. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 27(3), 379-86.
- Heredia, L. (2006). El ejercicio físico y deporte en adultos mayores. *Geroinfo*, 1(4), 1-10.
- Informe de Sobre la Salud de los Mexicanos. (2015). Secretaria de salud pública. En línea: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015) Mortalidad en México: En línea:<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Lazcano M., & Salazar, B. (2009). Adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan Universidad de la Sabana*. 3(9), 236-245.
- Londoño, C., Valencia, S., & Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*. 16(2). 199-205.
- Mancilla, R., Torres, P., Álvarez, C., Schifferli, I., Sapunar, J., & Díaz, E. Ejercicio físico intervalico de alta intensidad mejora el control glicémico y la capacidad aeróbica en pacientes con intolerancia a la glucosa. *Rev. Med, Chile*. 142(1), 34-39

- Márquez, J., Ramón, G., & Márquez, J. (2012). El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*. 48(4), 203-212.
- Narro, J., Fuentes, M., Castro, R., Palma, J., Cabrera, Y. (1984). Evolución reciente de la mortalidad en México. *Comercio Exterior*. 34(7), 636-646.
- Quinceo, M. (2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*. 17(9), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Enfermedades crónicas, información general. En línea: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (2014), Diabetes. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Soto, G., Moreno, L., & Pádua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la facultad de Medicina UNAM*. 59(6), 8-22.
- Pérez, J. (2012). Motivaciones y Etapas de cambio de Comportamiento Ante la Actividad físico- deportiva en estudiantes de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Tesis Doctoral para Obtener el Grado de Doctor en el departamento de informática y deporte. Universidad de Sevilla. 173.
- Sánchez Sosa, JJ. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En: Rodríguez G y Rojas M (Comps). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa; 1998. pp. 33-44
- Santiago, A., Gómez, L., Galicia, E., Vargas, L., Martínez, E., Villareal, R. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de Vida. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 48(5), 539-542.
- Flórez Alarcón, L. (2007). Psicología social de la salud. Capítulo 2, El desarrollo de la conducta saludable: Un proceso segmentado por etapas. *Nuevo Mundo*. 29-68
- Jiménez, R., Moreno, B., Leyton, M., & Claver, F. (2015). Motivación y estadios de cambio para el ejercicio físico en adolescentes. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 47(3), 196-204. doi:10.1016/j.rlp.2014.11.001

- American Collage of Sports Medicine. (1998). Exercise y diabetes. *Medicine y Science in Sports y Exercise*. 29(12), 12-19
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*. 40(1), 142
- American Psychological Association (2014). Coping with a diagnosis of chronic Illness. En línea: <http://www.apa.org/helpcenter/chronic-illness.aspx>.
- Arteaga, J. (2012). Diabetes y trabajo. Análisis de la influencia del control de la enfermedad y de las condiciones de trabajo en el abastecimiento laboral de las personas diabéticas. Tesis doctoral para obtener el grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva. 247.
- Pérez, E., Soler, M., & Morales, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*, 20(1), 3-9.
- Cascaes, F., Da Rosa, R., Valdivia, B. A., Gutiérrez, P. B., Da Silva, R., Oliveira, M., & Pereira, A. R. (2017). Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista De Psicología Del Deporte*, 26, 13-25.
- Capdevila, L., Niñero, J., Cruz, J., Vidal, J., Parrado, E., Pintanel, M., & Vives, J. (2007). Exercise motivation in university community members: A behavior alintervention. *Psicothema*, 19(2), 250-255.
- Castro G, Rodríguez I & Ramos, R. (2005). Intervención Psicológica en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de Salud*. 2(2), 146-150
- Castillo, M, Hauser, M & Tamagnone, P. (2007). Prevención en diabetes: Una mirada Interdisciplinaria. *Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ramos, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana De Angiología Y Cirugía Vasculat*, 16(2), 175-189.
- Ribes, E (1990), *Psicología y Salud: un Análisis conceptual*. Editorial Trillas. Capítulo 2 19-34.

Young-Hyman, D., Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J., Hood, K., Peyrot, M., (2016). Psychosocial care for people with diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. (39). 2126-2140. DOI: 10.2337/dc16-2053