



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA
ALCANCES Y LIMITACIONES DEL
CONCEPTO DE ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN EL CONTROL DE
LA DIABETES MELLITUS**

TESINA

Que para obtener el título de
Licenciado en psicología

P R E S E N T A (N)

Marcos Javier Rangel Matos

DIRECTOR DE TESINA:

Marco Antonio Cardoso Gómez

Asesora:

Lilia Mestas Hernández

Asesora:

María Luisa Ponce López





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTO

La tesina se realizó en el marco del proyecto *Caracterización de factores protectores: creencias sobre la enfermedad y la vida, patrones de comportamiento y estados emocionales de adultos mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 controlada* (clave: UNAM-DGAPA-PAPIIT IN405319).

AGRADECIMIENTOS

Al servicio de D.U.P.A.M

Por permitirme ser parte de su gran proyecto y brindarme todo lo necesario para realizar mi servicio social-

A mi director de tesina y asesoras

Por prestarme parte de su tiempo valioso, y asesorarme en la elaboración de este proyecto

A mi familia

Por apoyarme todos estos años y nunca perder la esperanza en mí.

Tabla de contenido

Resumen	5
Introducción	5
Delimitación del problema	8
Justificación.....	9
Objetivos	10
Diabetes mellitus	11
Factores involucrados en el control de la diabetes mellitus	14
Factores médicos	14
Factores sociales	16
¿Perspectiva de género en el control de la diabetes mellitus?	25
Factores psicológicos	27
Teorías y modelos explicativos en torno a la diabetes mellitus	30
Primeras propuestas conceptuales para el control de la diabetes mellitus	34
Adherencia terapéutica	34
Cumplimiento terapéutico.....	36
Seguimiento terapéutico	38
Apego terapéutico.....	38
Importancia de la educación diabetológica en la adherencia terapéutica	40
Importancia de la multidisciplina.....	43
Uso indiscriminado de los términos adherencia, cumplimiento, seguimiento y apego terapéutico en la literatura médica	45
Explicación de la confusión de los diferentes términos en el control de la diabetes mellitus	47
Alcances y limitaciones del concepto de adherencia terapéutica	49
Alcances	49
Limitaciones.....	51
Discusión	54
Conclusión.....	55
<i>Referencias</i>	<i>58</i>
Anexo 1.....	71
Glosario de conceptos médicos	71

Resumen

En la actualidad, la diabetes mellitus es una de las principales enfermedades crónicas degenerativas a nivel mundial, la cual tiene un gran impacto en diferentes aspectos cotidianos tales como la económica, psicológica, social y médica. En México, en los últimos años se ha observado un aumento significativo en las tasas de esta enfermedad, además de un incremento proporcional en las complicaciones derivadas de la misma, lo cual evidencia que la adherencia terapéutica de las personas es baja y deficiente, pues a pesar de que actualmente existe una mejor comprensión de cómo tratar y prevenir la aparición del padecimiento, estos índices no disminuyen, por lo anterior se decidió realizar un análisis de los factores médicos, sociales y psicológicos que conlleva vivir con diabetes, así como del concepto de adherencia terapéutica y su uso en la práctica clínica. Con lo anterior, se pudo llegar a la conclusión de que la causa principal de los bajos índices de adherencia terapéutica es, debido a que aún no se comprende que la diabetes mellitus es una enfermedad multifactorial, sumado a la precariedad del sistema de salud en México y a la falta de clases de educación diabetológica. Además de que el principal fin que debe de buscarse con el concepto de adherencia terapéutica es, que las personas participen de manera más activa y eficaz en sus tratamientos médicos.

Introducción

En la actualidad se ha observado a nivel mundial un incremento significativo en los índices de diabetes, esto ha conllevado a su vez un gran esfuerzo por parte de los sistemas de salud de todas las naciones para tratar de aminorar las complicaciones propias de este mal, sin embargo y pese a los grandes esfuerzos vertidos, en México las cifras oficiales muestran que las dificultades derivadas de un mal control de este padecimiento siguen aumentando, como pueden ser los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos, entre otros (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020b), lo cual es solo una muestra de que las personas no siguen las prescripciones médicas, es en este punto donde sale a

relucir la poca o nula adherencia terapéutica que poseen los padecientes, incluso si ya tienen múltiples dolencias de la enfermedad o, saben todo lo que implica la misma.

Hablando del factor epidemiológico, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018 llevada a cabo por el INEGI se descubrió que había 8.6 millones de personas, de 20 años y más, que presentaban un diagnóstico médico de diabetes, de los cuales 11.4% eran mujeres y 9.1% eran hombres, mientras que en el 2012 esta cifra fue de 6.4 millones, es decir que hubo un aumento de 2.2 millones de casos. Mientras que las cinco entidades del país que más casos presentaban fueron Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, la Ciudad de México y Nuevo León. En cuanto a la hipertensión arterial, 15.2 millones de individuos de 20 años o más padecían de este mal, de los cuales el 20.9% eran mujeres y el 15.3% fueron hombres. Del total de los encuestados el 21%, que fue población femenina, tenía niveles de colesterol y triglicéridos en niveles altos, mientras que para la población masculina esto represento el 17.7% del total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (INEGI), 2018).

Así mismo, a nivel mundial las estimaciones para los futuros índices de diabetes tampoco son alentadoras, esto ya que se estima que para el año 2030 el porcentaje de personas con diabetes aumentara de un 10.2% (porcentaje del año 2019 equivalente a 578 millones de casos) a un 10.9% que son aproximadamente 700 millones de casos. La prevalencia será mayor en zonas urbanas (10.8%) que en zonas rurales (7.2%), algo similar se va a poder apreciar en zonas con ingresos económicos altos, pues estos van a tener una incidencia del 10.4% en comparación con zonas de menor ingreso cuyo índice será de 4.0% (Saeedi, et al., 2019).

En cuanto a algunos factores estrechamente relacionados a la prevención de la diabetes, se contabilizó que el 29% de las personas encuestadas afirmó que realizaban 150 minutos de ejercicio por semana, 17.9% 420 minutos por semana, 16.1% 840 minutos por semana, 17% 1680 minutos

por semana y el 20% restante 1680 minutos de ejercicio físico a la semana, esto se traduce que la mayoría de los individuos apenas realiza los 150 minutos de ejercicio físico mínimo recomendado por la OMS (2018), además en la encuesta no se especifica si el tipo de ejercicio practicado es aeróbico o anaeróbico.

Por otra parte, el 63.8% de los encuestados afirmó que tomaban alcohol con frecuencia, del cual el 80.6%, que fue el total de los encuestados, fueron hombres mientras que el 49.9% fueron mujeres. En el consumo de tabaco los hombres aseguraron que fumaban un promedio de 7.5 cigarros por día mientras que las mujeres fumaban 5.9 cigarrillos. En 2018 el 44.5% de los hogares se identificaron con seguridad alimentaria, mientras que el 22.6% presentaban inseguridad alimentaria moderada y severa, y el 32.9% restante presentó inseguridad alimentaria leve, de todos los casos se observó que en las zonas rurales se presentaban los mayores índices de inseguridad alimentaria. En el tema del sobrepeso y obesidad 75.2% de las personas encuestadas, de 20 años y más presentaban algún grado de sobrepeso (39.1%) y obesidad (36.1%), mientras que en el año 2012 ese porcentaje era de 71.3% (INEGI, 2018).

Todos los factores ya mencionados son de crucial importancia para entender la baja adherencia terapéutica, pues estos son un indicador de que tanto las personas tienen la intención de limitar la aparición de complicaciones de la diabetes, o evitar desarrollar esta enfermedad. Bajos niveles de actividad física y una alta exposición a factores de riesgo solamente demuestran que la implementación del concepto de adherencia terapéutica tiene fallas.

En el pasado ya han existido otros términos que reemplazaban al termino de adherencia terapéutica tales como cumplimiento, apego y seguimiento, ninguno de ellos tuvo éxito en hacer que las personas diabéticas siguiesen las indicaciones médicas. Esto debido a que el personal médico suponía que los individuos con un diagnostico ya establecido de diabetes, y con una prescripción

médica seguirían al pie de la letra la ingesta de medicamentos y cambiarían su estilo de vida, lo anterior pudo deberse a que los profesionales de la salud no consideran factores, económicos, sociológicos y psicológicos (Debussche, 2014).

Es por eso que, el objetivo general del presente trabajo es reconocer los alcances y limitaciones del concepto de adherencia terapéutica en personas con diabetes, esto desde diferentes perspectivas tales como las antropológicas, médicas y psicológicas, y a raíz de los resultados obtenidos dar propuestas para la creación, y/o mejoramiento de dicho término para el control de la diabetes mellitus.

Un punto a aclarar es que en este trabajo en vez de usar el término común de paciente se utilizara el de “padeciente”, esto porque el término de paciente se refiere más a las personas que presentan enfermedades leves, mientras que el término de padeciente se refiere a aquellas personas que presentan enfermedades crónicas (Cardoso et al., 2014)

Delimitación del problema

En el presente estudio se analizaran los alcances y limitantes que tiene el concepto de adherencia terapéutica, en el control de la diabetes mellitus en el contexto actual del ciudadano mexicano. Se analizaran los conceptos anteriores a éste: seguimiento, cumplimiento y apego, para tener una comprensión mayor de las diferencias de estos conceptos. También se realizará un breve repaso de varios factores que están involucrados en el desarrollo de esta enfermedad; factores médicos, antropológicos y psicológicos. Esto con el propósito de dar una respuesta satisfactoria del por qué si en la actualidad se cuenta con información amplia de este padecimiento, además de avances médicos y posibilidades de cambiar algunos estilos de vida no se ha logrado reducir el índice de personas con este padecimiento. Además se propondrá una modificación en el concepto de adherencia terapéutica, con el fin de que este tenga mayores índices de éxito.

Justificación

Para justificar el porqué de la elección de este tema se presentarán algunos datos del problema que representa la diabetes mellitus.

Tal como ya se mencionó en la actualidad en México, y en varios países del mundo, la diabetes mellitus es un gran problema de salud pública, pues se estima que tan solo en el año 2016 murieron por complicaciones asociadas directamente con la enfermedad 80 mil personas, posicionándolo como la segunda causa de muerte en general, superada únicamente por males cardiacos (OMS, 2016). Aunado a lo anterior se ha observado un incremento en los índices del padecimiento en México (INEGI, 2018). Así mismo el costo que esto genera al sector de la salud pública es enorme, pues se estima que en el año 2012 el costo para el control la diabetes en México ascendió a 4524 millones de dólares (Hernández et al., 2013), esto sin contar otros costos económicos indirectos, tal como el ausentismo laboral de las personas afectadas (García y Martínez, 2016).

Otras consecuencias de la diabetes mellitus son también de índole psicológica y social, pues se ha demostrado que un mal manejo de la enfermedad causa trastornos psicológicos tales como ansiedad y depresión (Rivera et al., 2012), además de interferir en las relaciones sociales tanto de amigos y familiares de la persona con diabetes (López y Avalos, 2013).

La presente investigación se realiza con el propósito de hacer notar los alcances, pero sobre todo las limitantes que tiene el concepto de adherencia terapéutica, en la práctica clínica con padecientes de diabetes mellitus. Como ya se mencionó en México actualmente esta enfermedad es un gran problema de salud, tanto de índole público y privado que no solo afecta la economía del país y de las personas, sino que trae consigo otros problemas subyacentes, tales como trastornos

psicológicos. Adecuar de manera correcta el concepto de adherencia terapéutica puede traer consigo grandes beneficios en el tratamiento y control de este padecimiento, pues de esta manera se alentará a las personas participar de una manera más activa y eficaz en sus propios tratamientos médicos.

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los alcances y limitaciones del concepto de adherencia terapéutica, en el tratamiento de la diabetes mellitus

Objetivos específicos:

- Describir los conceptos de: seguimiento, cumplimiento, apego y adherencia terapéutica.
- Analizar las similitudes y diferencias de estos conceptos.
- Describir el por qué en la actualidad sigue existiendo un uso indiscriminado de los conceptos adherencia, seguimiento, cumplimiento y apego terapéutico en publicaciones de índole médico y académico.
- Analizar las consecuencias del mal entendimiento, manejo y aplicación de todo lo que conlleva el concepto de adherencia terapéutica.
- Proponer un cambio en el concepto de adherencia terapéutica, para que este sea más efectivo en la práctica clínica.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una de las principales enfermedades crónicas degenerativas que afectan a las personas de todo el mundo. Según la OMS, la diabetes se caracteriza por ser una enfermedad crónica causada por una carencia absoluta de insulina, hormona producida por el páncreas, o porque la que produce el cuerpo no es suficiente, o es de mala calidad. Las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad incluyen ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos (OMS, 2020a)

Tabla 1

Tipos de diabetes

Diabetes tipo I
El cuerpo no produce insulina Es una enfermedad autoinmune No se puede prevenir
Diabetes tipo II
Producción insuficiente de insulina Relacionada con diferentes factores de riesgo Se puede prevenir
Diabetes gestacional
Hipoglucemia con valores encima de los normales, pero por debajo para diagnosticar diabetes tipo I o II Posibles complicaciones en el parto Mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo II en el futuro

Nota: Características principales de los diferentes tipos de diabetes.

Tal como lo muestra la tabla 1, existen tres tipos de diabetes, el tipo I (DTI) caracterizado cuando el páncreas no produce insulina, mientras que el tipo II se produce cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (OMS, 2020a). Por su parte, la diabetes

gestacional se caracteriza por que la hipoglucemia presente tiene valores superiores a los normales pero inferiores a los establecidos para diagnosticar la diabetes, tal como su nombre lo indica este tipo aparece durante el embarazo. Las mujeres con dicha enfermedad sufren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, además tanto ellas como posiblemente sus hijos corren mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II en el futuro (OMS, 2020b).

Según Salzberg (2016) los niveles de glucosa en sangre para diagnosticar diabetes gestacional son:

- Glucosa plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl (valor repetido en dos ocasiones)
- Glucosa plasmáticas a las 2 horas post-estimulo con 75g de glucosa anhidra \geq a 140 mg/dl

Para el 2016 se calculó que en México, con una población en aquel entonces de aproximadamente 126 millones de habitantes el 9.7% de los hombres y 11.0% de las mujeres sufrían de algún tipo de diabetes, de los cuales aproximadamente 80 mil personas murieron por complicaciones causadas por dicha enfermedad. De hecho, y como ya se mencionó anteriormente, en México es la segunda causa de muerte, superado únicamente por las enfermedades cardiacas (OMS, 2016), por esto es de suma importancia su estudio en todos los ámbitos para prevenir su aparición, pero además para mantener en niveles óptimos los niveles de glucosa de las personas que ya lo padecen.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014 en el mundo había 422 millones de personas adultas que padecían diabetes, esto frente a los 108 millones del año 1980, esto se traduce en un aumento significativo del 4.7% al 8.5% de individuos con diabetes de la población adulta. Así mismo, en el año 2012 la diabetes provoco la muerte directa de 1.5 millones de pacientes, mientras que otros 2.2 millones murieron de manera indirecta, esto al incrementar los

riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otros tipos. Un 43% de estas muertes ocurrieron en personas con menos de 70 años (OMS, 2016).

Estrechamente relacionado con los daños a la salud, otro problema de la diabetes es el relacionado al tema económico. Para contextualizar el gran problema que esto representa en México, en el 2012 se estimó que para atender de manera correcta a todas las personas que padecen esta enfermedad se necesitaría un aproximado de 4524 millones de dólares, 3790 millones de dólares más de lo asignado al seguro popular en el año 2010 (Hernández, et al 2013). Lo anterior no contempla el dinero desembolsado por los propios padecientes de diabetes en su vida diaria, tal como el comprar jeringas para administrar glucosa, comprar glucómetros, ir a especialistas, etc., lo cual aumenta aún más el gasto económico.

Ahora bien las causas de la aparición de la diabetes son multifactoriales, entre ellas se destacan, además de los factores hereditarios, el envejecimiento, obesidad, ingesta de alcohol, tabaquismo y un estilo de vida sedentaria (Aftab et al., 2017).

A pesar que existen una serie de síntomas que las personas tienden a presentar en las primeras etapas de la diabetes, tales como poliuria, polidipsia, pérdida de peso, visión borrosa o polifagia, la única manera efectiva para realizar un diagnóstico de la diabetes mellitus según Barquilla (2017), es utilizar una serie de pruebas clínicas, entre las que encontramos:

- Hemoglobina glicosilada. (HbA1c) ($\geq 6,5\%$)
- Glucemia basal en ayunas. (GB) (≥ 126 mg/dl)
- Glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a 75 gr de glucosa. (SOG) (≥ 200 mg/dl)
- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl acompañada de signos inequívocos de diabetes. (La única de las pruebas que solo debe de dar positivo una vez para tener un diagnóstico positivo.)

Una vez que se tenga un diagnóstico positivo de diabetes se debe de realizar un auto-monitoreo de por vida de manera periódica, esto con el fin de checar los niveles de glucosa en sangre, y a pesar de que estos niveles pueden variar de persona a persona, la American Diabetes Association (ADA) (2013) sugiere los siguientes niveles:

- Análisis de sangre A1C : 7%
- Glucosa plasmática preprandial. (Antes de comer.): 80-130 mg/dl
- Glucosa plasmática posprandial. (1-2 Horas después del inicio de la comida.): Menos de 180 mg/dl.

Hay que mencionar además que, el factor genético de la población mexicana también juega un papel importante a la hora de desarrollar esta enfermedad, pues diversas investigaciones muestran una cierta susceptibilidad de los diversos grupos indígenas para desarrollar diabetes tipo II, además de otras enfermedades tales como obesidad e hipertensión (Lourdes, et al., 2012). Tomando en cuenta que la gran parte de la población mexicana se compone de población mestiza e indígena, (Moreno y Sandoval, 2013) da como resultado una gran predisposición a la hora desarrollar diabetes.

Factores involucrados en el control de la diabetes mellitus

Factores médicos

Tabla 2

Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
Administración de insulina	Modificación del estilo de vida
Ingesta de fármacos tales como: metformina, biguanida, glinidas o inhibidores de la alfa-glucosidasa	Programas nutricionales
	Realización de ejercicio físico

Nota: Características principales de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Desde el punto de vista médico el tratamiento de la diabetes mellitus se divide en tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Como lo muestra la tabla 2, en el tratamiento no farmacológico se incluye la modificación del estilo de vida, tratamiento médico nutricional para modificar la alimentación, realización de ejercicio físico y las terapias conductuales, los cuales favorecen la pérdida de peso y el control glucémico. Así mismo, se recomienda los programas de ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica con el fin de un mejor control glucémico, en este aspecto se recomienda a los padecientes cambiar a corto plazo el hábito sedentario, esto mediante caminatas diarias con una frecuencia mínima de 150 minutos a la semana. Por el contrario, y a grandes rasgos, los tratamientos farmacológicos incluyen la administración de insulina y de diferentes fármacos (Gil et al., 2013).

A continuación, se explicaran algunos de los tratamientos farmacológicos de mayor uso. En personas con diabetes tipo II, con o sin obesidad, el tratamiento farmacológico recomendado es el de Metformina. Cuando existe obesidad se recomienda el uso de Biguanida, en el cual también puede haber pérdida de 1 a 5 kg de peso sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. Ante hiperglucemia posprandial, están indicadas las Glinidas o inhibidores de la Alfa glucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración. Hay que recalcar que solo se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos cuando, después de tres meses de uso de tratamientos no farmacológicos no se observa ningún avance significativo (Gil et al, 2013).

Sin embargo y al margen de todo lo anterior, el tratamiento farmacológico más importante y quizás más representativo para el control de la diabetes es la administración de insulina. Antes de revisar a fondo los tipos de tratamiento con insulina vale la pena checar algunos aspectos de la misma. La insulina es una hormona que segregan las células beta del páncreas, principalmente como respuesta a la presencia de glucosa en sangre, el modo de administración de la insulina debe ser

mediante inyecciones subcutáneas, la insulina a la vez debe de almacenarse en refrigeradores, esto ya que debe de encontrarse en temperaturas inferiores a los 25 grados centígrados. Los diferentes tipos de insulina que existen son, según Basina (2019):

1. Insulina de acción rápida: Comienza a actuar aproximadamente 15 minutos después de la inyección y sus efectos pueden durar entre tres y cuatro horas.
2. Insulina de acción corta: Empieza a actuar de 30 a 60 minutos después de inyectarlo y dura de cinco a ocho horas
3. Insulina de acción intermedia: Comienza a actuar de una a dos horas después de la inyección, y sus efectos pueden durar de 14 a 16 horas.
4. Insulina de acción prolongada: Empieza a funcionar aproximadamente después de dos horas después de que se inyecte, y sus efectos pueden durar 24 horas o más.

Como ya se mencionó, solamente debe de iniciarse el tratamiento con insulina cuando no se logra el objetivo de control glucémico a pesar del cambio de estilo de vida, y el uso de hipoglucemiantes orales, en esos casos se debe de administrar insulina basal con análogo de insulina de acción prolongada, más que insulina NPH (insulina humana de acción intermedia), por el menor riesgo de hipoglucemia, si la insulina está indicada para el control de la hiperglucemia posprandial es preferible utilizar análogos de insulina de acción rápida, mientras que la insulina premezclada puede ser considerada para pacientes que no siguen un régimen de medicamentos. La administración intensiva de insulina reduce las complicaciones micro y macro-vasculares, esto comparada con la terapia convencional (Gil et al, 2013).

Factores sociales

Ahora bien, explicar el buen control de la diabetes desde un punto de vista social resulta ser mucho más difícil que desde la perspectiva médica, esto debido a que cada sociedad humana cuenta con sus propios sistemas de creencias alrededor de un fenómeno, incluida la diabetes. Estos mitos y

creencias afectan desde la definición misma de la enfermedad que la persona tiene, hasta la prevención, desarrollo y tratamiento del padecimiento. Lo anterior queda demostrado cuando una persona recibe la noticia de padecer una enfermedad crónica, esta recurre en primera instancia a tratamientos que tienen poca o nula base científica, como puede ser el curanderismo , y no es hasta que sus complicaciones se agravan que deciden ir a centros de salud (Salazar, et al., 2018).

Se ha observado que, las personas con diabetes explican como etiología de su padecimiento situaciones de estrés o emociones intensas asociadas con sentimientos, también hay personas que identifican los hábitos de alimentación, sedentarismo, obesidad y herencia como factores de riesgo, pero estas creencias no se encuentran suficientemente arraigadas en ellos, puesto que no asumieron acciones para prevenir la enfermedad. Ahora bien, existe un cierto grupo de individuos que asocia la aparición de sus padecimientos con un ser supremo, este tipo de pacientes trata de establecer un tipo de relación estrecha (con Dios) a través de rezos, peticiones y promesas a cambio de bienestar físico, emocional o en algunos casos para hacer desaparecer dicho mal (Córdoba et al., 2012).

Un recurso que las personas en situación de enfermedad, o de otra índole, usan es el uso de las llamadas estrategias de afrontamiento, las cuales son recursos que las personas utilizan para hacerle frente a situaciones de conflicto, ya sea interno o externo. Los resultados de estas intervenciones pueden ser positivas, al solucionar el problema, o negativas al incrementarla. En cualquier caso el apoyo familiar y social es fundamental para empezar a realizar dichas estrategias (Pérez y Rodríguez, 2011).

En caso contrario, que la persona no enfoque sus esfuerzos en solucionar el problema, esto favorecerá la aparición de pensamientos pasivos asociados al estrés (estrés desagradable). Dentro de las estrategias de afrontamiento individual existen tres características en común: la valoración, el problema y la emoción. Siendo la valoración la búsqueda del significado del suceso, el problema el

buscar encarar la realidad, y la emoción vendría siendo regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo (Amaris et al., 2013).

Ahora bien, el afrontamiento familiar se caracteriza por la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, el afrontamiento dentro del ámbito familiar se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Las dimensiones que abarca el afrontamiento familiar se centran en, la realidad subjetiva de la familia considerada como una entidad en sí misma y a la naturaleza de interacción del afrontamiento (Amarís et al., 2013).

Y a pesar de que, el entendimiento en cuanto a factores culturales relacionado con el origen de diabetes puede variar dependiendo del extracto social, y generacional esta tiende a tener algunos puntos en común, las cuales se dividen en la tradicional, relacionada con elementos emocionales, la cotidiana, relacionada con estilos de vida de los grupos populares y la emergente que está incorporada desde la moderna biomedicina y es gradualmente compartida por las generaciones estudiadas (García et al., 2015). De esta manera queda claro que existe una transmisión de creencias y conocimientos en torno a la enfermedad, lo cual puede dificultar en varios casos la explicación del padecimiento en sí, a la vez de ser un gran obstáculo para la buena adherencia terapéutica de los pacientes.

De esta manera se puede explicar que, ciertas prácticas sin fundamento científico son las preferidas por algunos enfermos para tratar la diabetes, estas consisten principalmente en tés y productos naturales como el nopal que por sus propiedades actúa como anti-hipoglucemiantes. Si la persona decide usar exclusivamente este tipo de tratamientos alternativos, sin ningún tipo de asesoramiento médico profesional entonces dicha persona está en riesgo de padecer complicaciones derivadas de la diabetes (Córdoba et al, 2012).

Es común pensar en un principio que los enfermos que ya tienen diagnosticada diabetes, y además conocen todas las complicaciones derivadas de la misma, cambiarán de manera abrupta su estilo de vida, sin embargo en la práctica esto no resulta así, pues esto puede ser percibido por los individuos como un ataque directo a su estilo de vida ya establecido, además de que puede afectar sus relaciones sociales. Quizás uno de los aspectos más preocupantes, es el relacionado con los cambios de alimentación, esto se ve reflejado en el hecho de que México actualmente es el país que más refresco consume, solo para contextualizar se debe de decir que una familia mexicana promedio destina el 10% de sus ingresos totales a la compra de estas bebidas (Delgado, 2019), en caso de que una persona no regule el consumo de estas bebidas su salud física se agravara conforme pase el tiempo, este punto de la alimentación se profundizara más adelante.

En el tema de la alimentación hay que preguntarse por qué, las personas no cambian su estilo de alimentación aun sabiendo todo lo que puede llevar el no hacerlo, pues según Cardoso (2017) al momento de tratar de realizar un cambio alimenticio ocurren una serie de reacciones fisiopatológicas y psicógenas involuntarias, que son respuestas de supervivencia configuradas culturalmente, es decir que este tipo de respuesta no es solo de índole físico, sino también vivenciales y emocionales. Sin embargo se ha observado que, si a la recomendación de cambio de alimentación se le sigue algunos tipos de intervenciones tales como la elaboración de talleres, para los pacientes diabéticos entonces su salud física y psicológica mejoraran significativamente (Rodríguez et al., 2013).

En México los estilos de alimentación relacionados con la diabetes son poco balanceadas, esto por el alto consumo de refresco y el consumo de alimentos chatarras en general (las cuales son difundidos ampliamente por todos los medios de comunicación). De esta forma se han generado un sinnúmero de formas de control social que son por lo menos polémicas, puesto que alteran las situaciones culturales propias del mexicano, entre las que encontramos el no poder limitar y adecuar el

consumo de tortillas. Por ejemplo en México, al igual que en muchos otros países, se tiene la costumbre de celebrar cualquier acontecimiento medianamente importante con el consumo de alimentos y bebidas, lo cual altera cualquier régimen alimenticio que se pudiera llevar a cabo en ese momento (Cardoso, 2017).

Otro punto clave en torno a la adherencia terapéutica alimentaria es el relacionado con la cuestión económica, ya que se tiene la percepción errónea de que la preparación de comidas especiales, son diferentes para las personas que no son diabéticas, o en su caso al tener que comprar comida en la calle las opciones adecuadas para el individuo diabético, son escasas y caras, lo cual al final hace que se consuman comidas no adecuadas para los pacientes de diabetes (López y Ávalos, 2013).

A su vez se ha observado que, para que un plan alimenticio tenga mayores probabilidades de tener una adherencia terapéutica por parte de las personas con diabetes, estas necesitan de un apoyo familiar. Dicho apoyo no solo influirá en la adopción del régimen alimenticio dado por un especialista sino a la aceptación de la enfermedad misma, y en el tomar en tiempo y forma los medicamentos prescritos (González, 2011).

Dado que la diabetes mellitus involucra una serie de determinantes en el seguimiento o abandono de estas nuevas rutinas, se requiere que el paciente modifique sus comportamientos, y dichos cambios no solo dependen del enfermo, también el apoyo que reciba de su círculo social más cercano es importante. Tanto la familia como los amigos más cercanos constituyen la primera red de apoyo social y ejercen una función protectora y de apoyo ante cualquier posible respuesta negativa de la persona ante un tratamiento médico. Se ha demostrado que existe una relación entre el apoyo familiar y el control de síntomas (como puede ser los niveles de glucosa en sangre), así como del seguimiento de las indicaciones médicas dadas (Jiménez et al., 2013).

La importancia del apoyo social queda más en evidencia cuando un estudio reciente, se ha demostrado que la soledad también juega un papel importante. Dicho estudio indica que la soledad es un predictor significativo de diabetes tipo 2, independientemente de otros factores, como pueden ser el género, la edad, la etnia, el tabaquismo, el nivel socio económico, la actividad física, el consumo de alcohol, el índice de masa corporal, la hipertensión y/o las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo hay que tomar estos resultados con cierta cautela, ya que el mismo estudio señala que el vivir solo y el aislamiento social no se asociaron de manera significativa con la aparición de diabetes tipo II. Además que el tiempo de evolución que tuvieron las personas para realizar dicho estudio fue de doce años, aparte de que esta asociación se mantuvo cuando se tuvieron en cuenta los síntomas depresivos (Hackett et al., 2020).

Pasando al tema de la calidad de vida, se puede definir como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, esto es importante pues se ha demostrado que la calidad de vida influye en la evaluación de la salud de la persona además del grado de actividades a realizar para preservarlas, incluida la adherencia terapéutica (Rivera et al, 2012). En este aspecto, la zona metropolitana del valle de México tiene grandes carencias en cuanto a calidad de vida se refiere, esto se evidencia al conocer que en varias zonas de la capital existen carencias básicas como el de la alimentación, salud, educación, vivienda y entorno, percepciones de satisfacción, felicidad y aspiración, así como el de las dimensiones psicológicas, sociales, demográficas, económicas, políticas, culturales, tecnológicas y ambientales (López, 2020).

Otro punto importante en el tratamiento médico de las personas diabéticas es el relacionado con el ejercicio físico. Al igual que el cambio del régimen alimentario, este aspecto suele tener una adherencia baja en las personas con diabetes, esto se puede explicar debido al hecho de que las

personas no perciben al ejercicio físico como parte del control terapéutico de su patología. Sin embargo si lo asocian a la pérdida de peso y aun mejoramiento general de la salud (Troncoso et al., 2013).

Por su parte en lo que respecta al tratamiento farmacológico, la tasa de adherencia también es baja, ya que se calcula que entre un 20 a un 50% de los pacientes no toman sus medicamentos en las dosis y horarios prescritos por sus médicos. Según diversos estudios se demuestra que la adherencia al tratamiento está influida por diversos factores tales como: accesibilidad al servicio de salud, satisfacción del servicio médico, comorbilidades agregadas a la diabetes (hipertensión arterial, obesidad grado I, entre otros), nivel de conocimientos de la enfermedad, nula práctica de la actividad física, rechazo al régimen alimenticio y tiempo de padecer la enfermedad (entre más años de tratar la enfermedad mejor adherencia terapéutica), (Pérez et al., 2017), aunado a esto otros factores que también afectan a la adherencia terapéutica son el olvido y la polimedicación (Mabel et al., 2016).

Este último punto se ha tratado de solucionar en cierta medida en algunos países desarrollados mediante lo que se conoce como “pharmaceutical care model”, o por su traducción al español “modelo de atención farmacéutica”. Este modelo se basa en que los farmacéuticos se involucran de manera intensa en la atención al paciente, estos esfuerzos han demostrado tener efectos positivos sobre la adherencia a la medicación y mantienen estables los niveles de glucosa. Hay que resaltar que aunque el modelo de atención farmacéutica se basa en una provisión responsable de la terapia, con medicamentos a través de la colaboración de un farmacéutico clínico con el paciente, así como con otros profesionales, también debe de acompañarse del apoyo familiar y amigos cercanos para tener un máximo de tasa de éxito (Wei et al., 2014).

Ahora bien, la administración de insulina es quizás uno de los mayores paradigmas en cuanto al éxito de una buena adherencia terapéutica que se quiere lograr, esto ya que por encima de otros hábitos que deben de adoptar las personas con diagnóstico de diabetes, el tema de la insulina está llena de una gran variedad de prejuicios que dificulta su aceptación por parte del paciente. Las personas que deben de iniciar con un tratamiento con insulina tienen la idea de que su estado de salud es sumamente grave, o bien es debido a fallas propias que no le permitieron seguir otros tipos de tratamientos. Además, los individuos piensan que el inyectarse de manera correcta la inulina les resultara sumamente difícil, y que interferirá en sus actividades cotidianas. Otros pacientes asocian la insulina con complicaciones de gravedad, por lo regular con ceguera y amputaciones. (Lerman, 2009).

Se ha demostrado que las personas que no son usuarias de la insulina, es decir las que apenas van a empezar con el tratamiento, tienen más mitos en torno a ella en comparación a los individuos que son usuarios cotidianos. Así mismo existe un serio debate en torno a la influencia de la escolaridad en torno a estas creencias, pues como ya se mencionó anteriormente, se ha observado que la escolaridad de los pacientes no influyen en estas creencias, sin embargo también se ha demostrado que a un menor grado de escolaridad el número de estas creencias es mayor y es más arraigado. Entre los mitos más difundidos, además de la ceguera y amputaciones ya antes mencionado se encuentran (Lizarzaburu et al., 2017):

- El uso de insulina significa que una persona no tendrá una vida normal.
- La insulina es adictiva como las drogas.
- Las Inyecciones de insulina son dolorosas.
- Una vez que empiezo a usar insulina, tendré que usarla por el resto de mi vida.

Pero no todo el problema recae en los padecientes, pues la propia manera de que se prescribe la insulina no suele ser la adecuada, esto ya que suele mencionarse a la insulina como último recurso en caso de que los demás tratamientos no funcionen, haciéndolo parecer una especie de castigo. Así mismo, los médicos generales suelen resistirse a la prescripción de este medicamento, incluso cuando los demás tratamientos no funcionaron de la manera esperada. Entre las principales preocupaciones para no prescribirla son: el miedo a la hipoglucemia, incremento del riesgo cardiovascular, y a la relativa complejidad del tratamiento (Lerman, 2009). Esto evidencia la necesidad de contar con especialistas en el tema, pues en el año 2017 solo había en todo México alrededor de 1200 endocrinólogos para atender a los millones de pacientes con un diagnóstico de diabetes, además de concentrarse en regiones específicas del país (Díaz, 2017).

Otros factores relacionados con la aparición de la diabetes, según una encuesta del INEGI (2018) es que los hombres tienden a presentar mayores factores de riesgo que las mujeres. Prácticas como el consumo de tabaco y alcohol son significativamente mayores en hombres que en mujeres, mientras que paradójicamente los índices de este padecimiento, niveles altos de colesterol y triglicéridos así como de obesidad, son mayores en mujeres, esto aunque suene en un principio contradictorio es parte de una paradoja en los hábitos de salud que muestran ambos géneros. Esto aunque no tiene una explicación médica si tiene una explicación histórica, social y cultural, pues el género masculino históricamente tienden a prestar poca atención a su salud, por lo que acuden con menos frecuencia a chequeos médicos, y cuando lo hacen es porque regularmente ya tienen varias complicaciones graves de una o diferentes enfermedades.

Otras razones del porqué los hombres acuden con menos regularidad a chequeos médicos que las mujeres, son debido a que los servicios de salud en el país se encuentran más centrados en aspectos reproductivos de las mujeres, además existe una gran incompatibilidad de los horarios

laborales y de atención a clínicas, aunado a esto las propias empresas donde trabajan suelen darles menos permisos para que ellos asistan a consultas médicas (Lugo, 2018). Por lo anterior el estudio de todo lo que comprende el concepto de adherencia terapéutica también debería tener un enfoque de género.

¿Perspectiva de género en el control de la diabetes mellitus?

Desde hace años es bien sabido por la comunidad médica y científica que tanto hombres y mujeres tienden a desarrollar y manifestar enfermedades de manera diferente, la razón de esto es multifactorial y van desde diferencias biológicas, diferencias por los riesgos adquiridos, diferencias en la aceptación de las enfermedades y su comportamiento, además del hecho de que las mujeres pasan por experiencias biológicas diferentes (*el hombre y la mujer enferman en forma diferente*, 2014). Tomando en cuenta esto una intervención con perspectiva de género cuyo fin sea maximizar los resultados en el control de diferentes enfermedades es factible, viable y necesaria.

Tabla 3

Diferencias en el autocuidado de la salud de hombres y mujeres

GÉNERO MASCULINO	GÉNERO FEMENINO
Mayores factores de riesgo	Menores factores de riesgo
Menores índices de diabetes; menores patologías asociadas	Mayores índices de diabetes; mayores patologías asociadas
Menor esperanza de vida	Mayor esperanza de vida
Menor porcentaje de visitas medicas	Mayores porcentajes de visitas medicas
Menores hábitos de autocuidado	Mayores hábitos de autocuidado

Nota: Tabla comparativa de las principales diferencias en relación a la aparición y desarrollo de la diabetes en hombres y mujeres.

Tal como lo demuestra la encuesta del INEGI (2018), en México los hombres tienden a presentar mayores factores de riesgo para desarrollar diabetes, y otras enfermedades, lo cual resulta en una menor esperanza de vida, y un bajo número de visitas a los centros de salud. Todo esto en

contraste con las mujeres, pues como lo muestra la tabla 3, a pesar de que los hombres presentan otros hábitos dañinos como el consumo de tabaco y alcohol (Lugo, 2018), el género femenino presentan mayores índices de diabetes, una mayor esperanza de vida y un mayor número de visitas médicas.

Aunque no existe un consenso para definir exactamente qué es la masculinidad, por lo regular se define como “Un conjunto de personas, que están en constante crítica, mediante los estereotipos que se le fueron acreditando en un ideario social que se refuerza por los lazos del patriarcado y los mandatos de género producto de la cultura”. La masculinidad es un aspecto que se ha integrado en la sociedad de manera histórica en todas las clases sociales, que afecta indudablemente a la manera en cómo se entiende y trata una enfermedad (Gutiérrez, 2020, p.71).

En un estudio realizado en 2018, se detectaron algunas características que comparten ciertos grupos de hombres diagnosticados con diabetes mellitus; específicamente se les diagnosticó diabetes mellitus tipo II, son mayores de 30 años, son de clase socioeconómica baja, no son profesionistas, son cabezas de familia, además de contar con acceso a servicios de salud públicos. Este grupo de personas se caracterizó, además de lo anterior por tener hiperglucemia, hiperinsulinemia y resistencia a la insulina. Las consecuencias de todo esto se centran en algunos aspectos propios de la masculinidad como la virilidad, pues algunos de los entrevistados mencionaron que a raíz del diagnóstico positivo de diabetes su vida sexual se vio afectada, lo cual a la larga puede conllevar a trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. Además de que por el hecho de ser proveedores del hogar, en muchos casos omiten el ir al médico (Gutiérrez, 2020).

Por su parte las mujeres tienden a atender su salud de manera diferente que al de los hombres, suelen atenderse en etapas más tempranas de la enfermedad y no esperan a que los síntomas avancen, esto se puede explicar por el hecho de que los hombres tienden a abandonarlas

cuando caen enfermas, cuando padecen de depresión y cuando son dependientes de otros, además las mujeres tienden a tener mayor dificultad para salir de su frustración lo cual dificulta su subsistencia en la vida cotidiana (Cruz et al., 2014).

Culturalmente hablando, a los hombres se les asigna el rol de proveedores del hogar, y las mujeres se quedan en casa a realizar las tareas domésticas. Aunado a que se le asignan otras tareas como el cuidar de los ancianos y niños, da como resultado que su salud se vea más afectada que al género masculino. Todo lo anterior se puede resumir en que el género femenino tiene una desigualdad de derechos, y de oportunidades en el ámbito de la salud, tanto de instituciones como de su propia familia (Castañeda y Ramírez, 2013).

Paradójicamente aunque las mujeres tienden a tener menor apoyo social con respecto a los hombres, ellas tienden no solo a tener más hábitos de autocuidado de su salud, sino que aceptan con mayor frecuencia y con mayor facilidad la enfermedad que padecen, estableciendo una relación positiva entre la persona y su nueva situación, por el contrario una posible actitud de negación tiende a tener consecuencias negativas sobre el autocuidado de su salud, para un adecuado control de la diabetes (Cruz et al, 2014).

Factores psicológicos

Algunas investigaciones han demostrado que la depresión es más común en pacientes con un diagnóstico positivo de diabetes, en comparación con las personas con un diagnóstico negativo, más exactamente, al menos el 15% de los enfermos tienen depresión clínica, a la vez los estudios han evidenciado que la este trastorno conlleva una peor adherencia terapéutica, se asocia con un peor índice glucémico, complicaciones propias de la enfermedad, disminución de la calidad de vida, además de que es más probable que todas estas complicaciones persistan con el tiempo. En individuos con un diagnóstico de pre-diabetes, la depresión parece acelerar la aparición de la enfermedad. Incluso se ha demostrado que existe un déficit neurocognitivo en adultos con diabetes

tipo I, particularmente en aquellos con al menos cinco episodios severos de hipoglucemia y en pacientes con neuropatía periférica (Gómez et al., 2015).

Es importante recalcar que la propia aceptación de la enfermedad es crucial para que pueda existir algún tipo de adherencia terapéutica, pues si no se acepta que se encuentra enfermo no habrá ninguna razón real para iniciar con el tratamiento médico. En este sentido el proceso de aceptación abarca, un gran margen de reacciones psicológicas, las cuales van desde el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la propia aceptación. Aparte de lo anterior, durante todo el proceso de la enfermedad pueden aparecer patrones propios de una psicopatología, ansiedad, irritabilidad, resultante de la amenaza para la vida de la persona (Ledón, 2012).

Algunas de las expresiones psicológicas más comunes en torno a la diabetes son: la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o "nerviosismo", la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicósomáticas, el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida, entre otros. De las cuales en algunos casos requieren de intervenciones especializadas para tratar de disminuirlas (Ledón. 2012).

Desde un punto de vista social y emocional, el diagnóstico de la diabetes suele venir acompañado de una asociación fatalista y negativa relacionada con la muerte, discapacidad y daños al organismo, esto último se agrava en caso de que los familiares y amigos tengan concepciones similares en torno a la enfermedad (López y Ávalos, 2013). Y a pesar de que en la actualidad existe un cambio de paradigmas a nivel mundial, esto no parece ser lo suficientemente rápida para detener

o aunque sea retrasar el avance de este mal, o en su caso hacer que las personas tengan una buena adherencia terapéutica.

Las principales intervenciones conductuales y psicosociales enfocadas a la diabetes se han dividido principalmente en dos (García et al., 2016):

- Intervenciones de autocuidado, las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.
- Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés, así como la depresión.

Explicado más detalladamente, en el caso de las intervenciones de autocuidado en torno a la diabetes, se centran en que el padeciente siga lo más apegado posible las indicaciones médicas, desde la administración de insulina, ingesta de alimentos, realización de ejercicio físico y evitar todo lo posible factores de riesgo como fumar o beber alcohol. Por su parte las intervenciones emocionales tienden más a tratar las alteraciones emocionales que pueden surgir a raíz de un diagnóstico positivo de diabetes, o bien por las consecuencias que esto ocasiona en el entorno familiar o social de la persona, de este modo se tiene mayor probabilidad de que el individuo comience o siga de forma adecuada las indicaciones médicas pertinentes.

Estas intervenciones se basan en diferentes tipos de estrategias de afrontamiento: estrategias de afrontamiento centradas en el problema y estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, a la vez existen otros marcos teóricos tal como el del empoderamiento o enfoque centrado en el problema, el cual pone al paciente en el centro del proceso terapéutico, por lo que el mismo debe tener una motivación interna para el cambio (García et al, 2016).

En cuanto a la efectividad de estas intervenciones, se ha demostrado que existe una mejora significativa en el control de los niveles glucémicos, así como reducciones en los ingresos hospitalarios relacionados con la diabetes, y por consiguiente también se reducen los costos sanitarios, tanto para el estado como para el propio paciente. Esto se maximiza cuando las intervenciones están personalizadas para cada paciente (Gómez et al, 2015).

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento terapéutico, en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados. También el aspecto religioso constituye una estrategia seguida por pacientes con enfermedades crónicas, esto ya que ayuda a las personas a encontrar un significado y propósito de las acciones que realizan, y las instiga a seguir adelante con ellos. Aspectos básicos de la vida espiritual de los individuos son de suma importancia, concretamente uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino. Un desajuste psicológico está asociado a índices más altas de ansiedad ante la muerte, menos índice de adherencia terapéutica, depresión, mayor desesperanza e ideación suicida (Rivera et al, 2012).

Teorías y modelos explicativos en torno a la diabetes mellitus

En este apartado se revisaran teorías y modelos que tratan de explicar la postura que adquieren algunas personas en relación al cuidado de su estado de salud.

En el campo de la enfermería existe la “Teoría del déficit de autocuidado”. El autocuidado corresponde a la necesidad innata de los seres vivos por su propia supervivencia, sin embargo el tipo de autocuidado que las personas tendrán será diferente dependiendo de sus necesidades, ambiente y limitaciones. Cuando existe un cambio en el ambiente de los individuos por lo general estas se adaptan a todos o a la mayoría de los cambios, sin embargo cuando una persona es incapaz de hacer esto necesita la ayuda de otros individuos para lograr autocuidarse, de este modo los enfermos que

son incapaces de cubrir sus necesidades de salud tienen un déficit de autocuidado (Naranjo et al., 2017).

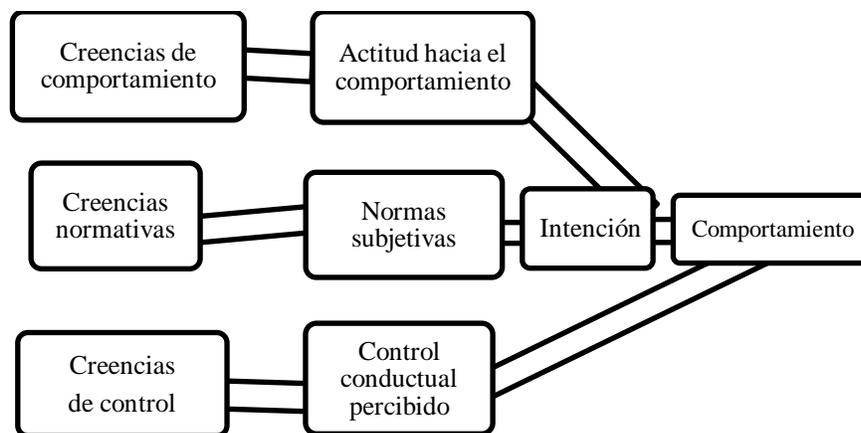
Esta teoría se centra en tres conceptos (Naranjo et al, 2017):

1. El cuidar de uno mismo: Lo cual se refiere que el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud.
2. Limitaciones del autocuidado: El cual se refiere a las barreras o limitaciones, para el autocuidado que aparece cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma.
3. El aprendizaje del autocuidado: El cual se refiere al aprendizaje del autocuidado, y de su mantenimiento continuo, el cual es una función humana.

En el campo psicológico se encuentra la “Teoría Social Cognitiva”, la cual postula que se debe de estar convencido de llevar a cabo cambios en las conductas que producen bienestar, sin embargo si no se tiene la habilidad para ejecutar dichas conductas entonces es poco probable que la lleven a cabo (Salinas et al., 2016).

Figura 1

Teoría de la acción razonada



Nota: Representación gráfica de la Teoría de la acción razonada.

Otra postura igual de importante es la “Teoría de la acción razonada”, la cual menciona que la conducta de los sujetos se explica sobre la base de la relación creencias-actitud-intención-comportamiento. Como lo muestra la figura 1, esta teoría considera a la intención de comportamiento como el mejor indicador o previsor de la conducta, y contempla dos tipos de variables determinantes o explicativas de la intención de comportamiento: la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva del individuo. La actitud hacia el comportamiento hace referencia a la predisposición, hacia el desarrollo de una conducta determinada y es resultado de las creencias que tiene la persona en relación con el comportamiento y la evaluación que este hace de dicha creencia, mientras que la norma subjetiva es el resultado de los sentimientos que se tienen en relación a otros sujetos acerca de su comportamiento (Rueda et al., 2013).

Algunos modelos teóricos que se han desarrollaron en el pasado para tratar de explicar los comportamientos del paciente en cuanto al, llamado en ese entonces, cumplimiento terapéutico son según Martínez et al. (2016):

- El modelo de cumplimiento en salud o “HCM” desarrollado en 1986, el cual incluye tres tipos de variable: relativas a las características del tratamiento o situacionales, las del paciente o de carácter subjetivo y a las consecuencias sociales, personales y económicas.
- El modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP), creado en 1992 el cual incluye tanto al médico o cuidador, como al paciente y considera tres tipos de factores predisponentes tales como características socio-demográficas, creencias culturales, religiosas y motivaciones, factores facilitadores o capacitadores como los conocimientos, habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico y por último factores reforzadores como los efectos positivos del tratamiento para el paciente.

- El modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS) propuesto en 1975 considera 5 categorías de factores: socio-demográficas, los relativos a las percepciones individuales sobre la salud, los de percepción sobre problemas y obstáculos en el cambio de estilo de vida, los desencadenantes o alertadores de malestar del paciente y los de probabilidad de adopción de comportamientos de salud.

Por su parte, los modelos conductuales dictan que las personas reaccionan ante el entorno, según el principio del efecto condicionante, la interacción con el entorno, refuerza o inhiben determinadas conductas en los sujetos. A la vez el modelo conductual se centra en cómo la conducta humana se aprende o se adquiere y abarca otros principios, como pueden ser los principios y técnicas de la teoría del aprendizaje. En el modelo conductual se subraya la conducta observable, así como los factores medioambientales que pueden precipitar y/o mantienen una conducta determinada; sosteniendo que hay unos factores constantes (biológicos) lo que determina la diferencia en las conductas entre los individuos es el aprendizaje. La influencia del medio ambiente es fundamental en la adaptación de las conductas (Joyce y Weil, 2009).

De la misma forma, a finales de los años 90 se propuso un modelo de cumplimiento, en dónde se contempló los valores y los conocimientos de los pacientes, así como sus preferencias, este modelo se definió como “concordancia”. De una manera más detallada, el modelo de concordancia contemplaba el considerar el proceso de la prescripción y de la medicación como una alianza en la cual el paciente y el médico participan, para lograr un acuerdo sobre los medicamentos a tomar. Además de saber qué, cuándo y cómo se tomarían los mismos, todo esto a partir de los conocimientos y experiencia del profesional y de las experiencias, creencias y preferencias del paciente (Amado, 2008).

Primeras propuestas conceptuales para el control de la diabetes mellitus

Adherencia terapéutica

Una vez revisado la definición misma de la diabetes mellitus así como todo lo que implica su manejo, procederemos a analizar las primeras propuestas conceptuales que se hicieron alrededor del tema para describir como los padecientes seguían las indicaciones médicas dadas para controlar sus enfermedades.

La literatura médica ha usado varios términos antes de llegar al concepto de adherencia terapéutica, entre los que encontramos cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, sin embargo todos ellos fueron descartados con forme paso el tiempo debido a que contenían claras limitaciones en la práctica clínica (López et al., 2016).

Más precisamente en la literatura anglosajona se suelen usar los términos “compliance” (cumplimiento) y “adherence” (adherencia), para referirse a la práctica de las recomendaciones médicas llevadas a cabo por los pacientes, ambos términos son usados de manera indiscriminada casi como sinónimos en las publicaciones de índole médica. Todo esto provoca que exista dificultad para diseñar un sistema de evaluación idóneo para este fenómeno (Ferrer, 1995).

Algunos autores trataron de usar el término “cooperation”, para enfatizar la naturaleza bidireccional de las interacciones profesional de la salud-enfermo y su influencia sobre los resultados de salud. Sin embargo, y dado que este término suele ser habitualmente empleado en otros ámbitos, como el de la Psicología Social, esta no tuvo éxito en perpetuarse en la literatura médica (Ferrer, 1995).

Aunque el término de adherencia terapéutica se oficializó apenas a principios del siglo XXI, este se venía estudiando por los autores Haynes y Sackett desde los años 70 del siglo XX, esto en

respuesta a las limitaciones que ellos vieron en el antiguo concepto de “cumplimiento terapéutico”. Como ya se dijo anteriormente, el termino de adherencia terapéutica se definió apenas en el año 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es el comportamiento de una persona que se ajusta con las recomendaciones acordadas de un profesional de la salud, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen alimenticio o la modificación de hábitos de vida. Este concepto no solo se enfoca en la ingesta de los medicamentos prescritos en sus dosis y horario correspondiente, sino que también incluye controles médicos periódicos y cambios en el estilo de vida, enfocándose en la alimentación y ejercicio físico (Reyes et al., 2016).

Por su parte, la no adherencia terapéutica es la dificultad en iniciar el tratamiento médico dado, suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, errores en la omisión de las dosis de los medicamentos, equivocarse al ingerir las medicinas en las horas y/o dosis indicadas, no modificar su estilo de vida cotidiana para mejorar en su estado de salud física o emocional, y posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otros (Reyes et al, 2016).

De este modo, y según los autores Morisky, Green y Levine (Reyes, et al, 2016) la falta de adherencia terapéutica se puede clasificar en:

1. Primaria: La incapacidad de acudir por los medicamentos prescritos, ya sea por causas personales o por razones propias de la institución de salud.
2. Secundaria: Cuando se alteran la dosis correctas de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración del fármaco, un aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

De igual forma y según Martínez et al. (2015), algunas investigaciones han demostrado que tratar de realizar una adherencia terapéutica desde un enfoque emocional tiende a tener mejores

resultados, en comparación cuando se omite este aspecto, más precisamente se ha establecido una serie de pasos para lograr esto, los cuales son:

- Simpatizar.
- Empatizar.
- Sentir la emoción.
- Contagiar al paciente con la emoción.

Estos cuatro pasos son necesarios en una exitosa vinculación, pues detectan alguna emoción negativa que pueda tener las personas en su proceso, además de darles a entender que se comprende lo que sienten y que se está a su disposición para ayudarlos, lo cual a la larga ayudara a regular la conducta del paciente (Martínez et al., 2015).

Algo a destacar es que, aunque la adherencia puede ser un indicador útil para evaluar programas o investigaciones, no debe considerarse como una herramienta de seguimiento y negociación a disposición del cuidador. Diversas investigaciones han demostrado que los problemas enumerados que plantea la enfermedad crónica a nivel individual, dependen principalmente de contextos y configuraciones sociales diversos y en evolución, por lo tanto no existe una respuesta única a la hora de determinar el porqué del éxito o fracaso de la adherencia terapéutica (Debussche, 2014).

Cumplimiento terapéutico

Como ya se mencionó, en la actualidad se prefiere usar el término adherencia terapéutica a la hora de describir el cómo una persona sigue una conducta, en el cual sigue las recomendaciones acordadas de un profesional de la salud, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen alimenticio o la modificación de hábitos de vida. En el pasado se usaron otra serie de términos, que tuvieron que ser cambiados conforme paso el tiempo, pues estos tenían claras

limitaciones que muchas veces dificultaron la buena atención a los pacientes (Amado, 2008). A continuación se hará un breve repaso de cada una de ellas.

Durante la década de los 90 del siglo XX y principios del siglo XXI se utilizó el término de cumplimiento terapéutico, para referirse al grado de la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta, o el cambio en los hábitos de vida del paciente que coincide con la prescripción médica. Tanto el concepto de cumplimiento terapéutico, como su definición fueron fuertemente criticados en su momento pues se dijo que ponían a los pacientes en una situación de pasividad, en donde únicamente debían seguir las indicaciones de los profesionales, ignorando totalmente el grado de autonomía de las personas (Amado, 2008).

Otras limitaciones de importancia observadas fueron que tendía a ser unidimensional, considerando a las personas como cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades, estaba centrada en el profesional de la salud y en su modelo representacional de salud, era reduccionista ya que tan solo tiene en cuenta un aspecto, el relacional. Estaba centrada en lograr una estabilidad comportamental y no consideraba los aspectos motivacionales (Ferrer, 1995).

En el tiempo en el que el término de cumplimiento estuvo vigente, se usaron dos tipos de metodología para medir su grado de eficacia, los métodos directos y los indirectos. Los métodos directos se basan en la medida del nivel del fármaco en sangre u orina del paciente, o mediante marcadores específicos. Mientras que los indirectos, comprenden todas las metodologías que tratan de conocer el cumplimiento a partir de la información facilitada por el individuo (juicio médico, cumplimiento con las visitas programadas, evaluación de resultados médicos, recuento de la medicina dada y preguntas directas al paciente) (Amado, 2008).

Según Ferrer (1995), durante el periodo de tiempo en el que el concepto de cumplimiento terapéutico estuvo vigente se consideraron 3 componentes del mismo:

- La conducta.
- Un proceso (a través del cual la conducta cambia).
- Un producto conductual del contexto.

Seguimiento terapéutico

Otro término utilizado en algunas ocasiones como sinónimo de adherencia terapéutica es “seguimiento terapéutico”. Sin embargo este término es utilizado primordialmente por entidades farmacéuticas para saber si los pacientes ingieren en tiempo y dosis los medicamentos prescritos, se suele definir este concepto como, el servicio profesional que tiene como fin la detección de dificultades en relación con los medicamentos, para la prevención de resultados negativos relacionados con los medicamentos. Este servicio implica un compromiso y debe darse de manera seguida, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio individuo y con los demás profesionales de la salud, con el fin de alcanzar los resultados deseados que mejoren la calidad de vida de la persona (Toledano et al., 2012). De este modo el seguimiento terapéutico se confina exclusivamente al tema de la medicación.

Apego terapéutico

De una manera similar al concepto de seguimiento terapéutico, el cual se utiliza principalmente en el ámbito farmacéutico, el concepto de “apego terapéutico” se utiliza más en el ámbito psicológico, pudiéndose definirse como, cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, el cual es claramente más capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta más evidente cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados que se le brindan (Lossa et al., 2012). De este modo este término se relaciona más con los posibles apoyos sociales que pueda tener un sujeto que tiene diabetes, relegando, otra vez, otros factores tales como la toma de medicamentos y la realización de ejercicio físico.

Relacionado con el concepto de apego terapéutico se encuentra el concepto de apego psicológico, el cual se puede definir como la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular. El apego psicológico puede llegar a ser perjudicial cuando este sobrepasa su objetivo inicial, y se convierte en lo que comúnmente se llama codependencia, la cual se caracteriza por ser un trastorno de tipo adictivo. Lo anterior también se presenta como un trastorno en el área de las relaciones interpersonales, además presenta su característica más importante, la “esperanza de curación asociada a la cronicidad”, es decir que el individuo tiene fe en que su enfermedad desaparecerá por sí sola sin tener que realizar nada en particular, se crean comportamientos de negación, encubrimientos y mentiras, complicidad y engaños, salvación y de abnegación (Salas y García, 2012).

Otras áreas de la salud también tienden a utilizar el término de “apego terapéutico” indiscriminadamente, por ejemplo la rama cardiológica utiliza el término apego para referirse al control adecuado de las enfermedades crónicas cardiovasculares, los cuales requieren de un tratamiento continuo y cumplimiento cabal a largo plazo. Citando un artículo de cardiología se menciona que: “La esencia del concepto “falta de apego” es susceptible de variar según la práctica clínica y reclama de una definición operativa. Sin esta precisión las estadísticas cambian, no son comparables y la estandarización es imposible. Es de comprenderse que no es igual el tratamiento de una enfermedad que de otra, ni las circunstancias que le influyen, por esa razón, se han propuesto muchas definiciones, como la de los psicoterapeutas...” (Chávez et al., 2011, p. 271).

Es interesante ver que incluso en este caso se reconoce el trabajo de Haynes y Sackett para definir y proponer el concepto de adherencia, sin embargo incluso citando a dichos autores se sigue utilizando el término de apego y no de adherencia, el cual es el correcto. Esto muestra una clara

falta de entendimiento y comprensión de los términos, ignorando el hecho de que un término es multifactorial mientras que los demás son uní-factoriales

Importancia de la educación diabetológica en la adherencia terapéutica

El autocuidado se define como “Aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario (Oltra, 2013, p.89).

En este sentido, que las personas participen de manera más activa en sus tratamientos médicos es de suma importancia, para lograr que disminuyan su sintomatología, o bien para poder recuperarse de alguna enfermedad. Sin embargo en el caso concreto de los pacientes diabéticos existen algunas barreras que impiden que estos individuos tengan un buen nivel de autocuidado. Entre las causas más importantes se encuentran la falta de conocimientos o bien la baja comprensión de temas relacionadas a su enfermedad. Otros factores involucrados son el hecho de que la mayoría de estos sujetos no incluyen la práctica de ejercicio físico, consumen alimentos ricos en grasas no realizan el lavado correcto de sus pies, ni ejecutan con frecuencia los análisis clínicos necesarios, etc., temas ya tocados anteriormente (Soler et al., 2016).

Algunos autores (Fernández, et al, 2012) sugieren que la mejor manera de enfrentar esto es con clases de educación diabetológica, enfocadas a dar información, sensibilizar acerca del tema y dar herramientas y consejos para aumentar los niveles de autocuidado.

Como ya se mencionó anteriormente, se han encontrado algunas barreras que dificultan que los que sufren diabetes participen en sesiones de educación diabetológica, tales como la percepción que tenga en torno al padecimiento, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, o bien la falta de cobertura médica, tanto en la calidad de esté o si es de carácter público o privado. Específicamente se ha observado que las personas con un diagnóstico reciente, tienen tasas de participación

significativamente más baja en comparación a los individuos que tienen más tiempo con el diagnóstico (Li et al., 2014).

En lo que respecta a la calidad del sistema de salud, según algunos estudios la calidad que esta presenta es dispar dependiendo del estado de la república en donde se encuentre, de esta forma algunos estados del país como Guanajuato, Hidalgo y Baja California Sur presentan los índices más altos, mientras que en contraste los estados con el índice más bajo son Michoacán, Oaxaca y Durango. Entre las grandes deficiencias que presentan los sistemas de salud públicos en México y que repercuten en el control y adherencia terapéutica de diferentes enfermedades, entre ellas la diabetes, se encuentran (Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 2019):

- Demora prolongada para obtener servicios.
- La omisión o falta de seguimiento en las prescripciones.
- El diferimiento en la realización de estudios y análisis clínicos.
- La omisión del otorgamiento de la atención médica.
- Falta de medicamentos.
- Falta de comunicación médico-paciente.
- Abuso y maltratos del personal de salud.
- Falta de vigilancia en las indicaciones prescritas al paciente.
- Negligencia médica.

Todos los factores anteriores no solo afectan al control de las diferentes enfermedades, sino que a la vez afectan la confianza de las personas en los servicios de salud, lo cual puede repercutir en la adherencia terapéutica que pueda tener el padeciente.

Y a pesar de que no existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de un individuo y el nivel de adherencia terapéutica que esta tienda a tener (Salinas et al, 2016) algunas investigaciones muestran, sin embargo, que una educación “diabetológica” centrada en aspectos tales como educación (respecto al origen de la enfermedad y todo lo que implica), nutrición, actividad física, medicamentos y automonitoreos de la glucemia pueden aumentar los índices de adherencia terapéutica. En este sentido es fundamental la participación activa y constante del paciente en el cuidado de su salud (Caridad et al., 2015).

La propia ADA (Asociación Americana de Diabetes), considera a la educación diabetológica como un fundamento importante para el control de la diabetes mellitus. La educación diabetológica debe de impartirse a la población en general, personas en riesgo de desarrollar diabetes, y a los sujetos que ya desarrollaron dicha enfermedad. Ahora bien, la educación diabetológica se puede definir como “Un proceso participativo y estimulante donde las necesidades del paciente diabético y el equipo de salud convergen para que las respuestas permitan una correcta toma de decisiones” (Mendoza et al., 2012, p.138).

Tabla 4

Educación diabetológica

NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA:Se informa que alimentos no están recomendados y en qué hora y ración deben de comerlos Se informa del tipo de actividad física (anaeróbica o aeróbica) que deben de realizar, su intensidad y duración.

INGESTA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:En el caso de la insulina se les enseña la manera correcta de inyectarse, como deben de guardar la insulina. En el caso de los medicamentos se les resuelve cualquier duda que tengan de estos.

AUTOMONITOREO:Se les enseña cómo medirse los niveles de glucosa en sangre; se les enseña cómo usar la lanceta del glucómetro, como desechar de manera correcta los residuos médicos (la aguja) y se les informa de los niveles de glucosa que siempre deben de manejar.

Nota: Principales contenidos que debe de manejar un programa de educación diabetológica.

Tal como lo demuestra la tabla 4, una buena educación diabetológica debe de estar centrada en una parte teórica, en donde de manera sencilla, breve e interactiva se le muestre a los pacientes las bases médicas de la diabetes, así como todas las consecuencias que pueden llegar a tener en caso de que no tengan un cuidado adecuado, las restricciones alimentarias, la forma adecuada de medirse los niveles de glucosa en sangre, el peso corporal que deben mantener además del tiempo y tipo de ejercicio físico que deben practicar. Aparte de la parte teórica, también es necesaria una parte practica en donde se realice el ejercicio físico que deben de llevar a cabo ellos mismos, además de enseñar la manera correcta de medirse los niveles de glucosa y administrarse la insulina necesaria. Este tipo de intervenciones se debe de llevar en un periodo de tiempo promedio de seis meses de duración (Ariza et al., 2011).

Así mismo, también se presenta una pequeña mejora en las motivaciones de las personas diabéticas, lo cual puede aumentar la posibilidad de que exista una persistencia a largo plazo de la adherencia terapéutica. Evidentemente estos resultados disminuirían en caso de que, el tipo de educación diabetológica no hubiera sido enfocado tanto en el aspecto teórico como en el práctico (Ariza, et al., 2011).

Importancia de la multidisciplina

Tal como menciona Lizama (2016), en los últimos años ante el gran aumento de diferentes enfermedades crónicas se ha propuesto una estrategia de medicación, en donde aparte se afrontaría al estrés para tratar de maximizar la adherencia terapéutica, con el principal fin de hacer frente a estos males, sin embargo por lo regular no se le da la suficiente atención a otros aspectos tales como el contexto social, y económico de las personas, para esto se propone una mirada multidisciplinaria a estos aspectos para que los objetivos básicos, tal como el de adherencia terapéutica que se trata de implementar mediante diversos programas de carácter informativo, tenga mayores posibilidades de éxito.

El concepto de multidisciplinaria tiene varias definiciones, sin embargo la mayoría de ellas coincide en que se tiene una presencia de varias disciplinas con un objetivo en común, pero con independencia metodológica, conceptual y epistemológica (Henaó et al., 2017). Esta noción ha propiciado el trabajo independiente, que ha conducido a evitar las aportaciones de otras disciplinas.

Por ejemplo, en América Latina aunque recientemente se le ha tratado de dar importancia a mejorar la infraestructura así como al acceso de medicamentos, no se le ha dado la misma importancia a otros aspectos de igual importancia como pueden ser la prevención de las enfermedades crónicas (Lizama, 2016).

Al mismo tiempo se ha propuesto la inclusión de terapias alternativas, que comúnmente no son muy bien vistas por la sociedad médica actual, tales como la medicina homeopática, naturista, la quiropraxia, reflexología, logoterapia, terapias con plantas, flores, animales, aromas, minerales, etc. Esto aunque pareciera ser contraproducente, pudiera ser una oportunidad para acercarse, por lo menos inicialmente, a las personas con una resistencia a los tratamientos médicos ya establecidos (Lizama, 2016).

Sin embargo, los profesionales que ocupan un enfoque de multidisciplinaria tienen todavía un gran error a la hora de realizar diferentes tipos de tareas, la cual es que a pesar de trabajar en colaboración con un objetivo común tienden a usar procedimientos y técnicas diferentes, propias de las disciplinas de donde provengan. Lo cual aunque pueda ser más cómodo para los profesionales involucrados, puede resultar en errores a la hora de integrar los resultados obtenidos (García, 2017).

En esta misma línea de pensamiento, y con la finalidad de superar la independencia metodológica, conceptual y epistemológica, en este trabajo se usará la siguiente definición de multidisciplinaria: “Interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus

cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar; por medio de la investigación, una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva” (Cardoso, 1999, p.35-36).

Uso indiscriminado de los términos adherencia, cumplimiento, seguimiento y apego terapéutico en la literatura médica

Incluso en la actualidad en algunas publicaciones de carácter médico o científico se tiende a utilizar de manera indiscriminada los términos adherencia, cumplimiento, seguimiento y apego terapéutico para referirse a las acciones por las cuales un paciente sigue las recomendaciones dadas por su profesional de la salud, para tratar los síntomas de diversas enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes. Se presentan algunos ejemplos de diversas publicaciones científicas donde se puede observar este fenómeno.

El artículo médico de la revista española “Avances en Diabetología”, titulado “Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus” deja ver desde su propio título que no se tiene claro las diferencias entre los conceptos, pues como ya se vio anteriormente el concepto de cumplimiento viene más ligado con la pasividad de las personas, en donde deben seguir las indicaciones profesionales, frente al concepto de adherencia que es más adecuado. En el texto del artículo se usa en reiteradas ocasiones el concepto de cumplimiento, en vez del de adherencia, incluso cuando esta publicación es del año 2009, es decir 5 años después de que la OMS diera el concepto de adherencia. A continuación se muestran algunas citas textuales de la publicación para poder observar este uso indiscriminado de los conceptos (Jansà y Vidal, 2009).

“El cumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas tiene interés desde el punto de vista de muchas disciplinas, ya que el mejor tratamiento pierde su eficacia si el paciente no lo toma de forma adecuada (Jansà y Vidal, 2009, p.55).”

“El cumplimiento de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un problema de gran magnitud debido al aumento observado en su prevalencia en los últimos años (Jansà y Vidal, 2009, p.55)”

“La falta de cumplimiento va asociado a una mayor morbimortalidad, con aumento de costes directos debidos a las hospitalizaciones por complicaciones agudas... (Jansà y Vidal, 2009, p.56).

De la misma forma en el artículo se da la definición de adherencia de la OMS reemplazando el concepto de adherencia por cumplimiento, esto se observa al inicio del artículo donde se menciona que *“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento terapéutico como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones pactadas entre un profesional de la salud y un paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución de los cambios en el estilo de vida pactados”* (Jansà y Vidal, 2009, p.55), lo cual refleja la poca o nula comprensión de las diferencias entre los diferentes conceptos, incluso cuando estos comprendan factores que otros no.

Es de resaltar que este uso indiscriminado de los conceptos no solo se limita a artículos académicos o científicos, sino también abarca a guías médicas, un ejemplo de ello se puede encontrar en la *“Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica”*, en donde y a pesar de que en el título usan el concepto de adherencia terapéutica, además de proporcionar la definición dada por la OMS en el 2004, en algunas partes de la guía se tiende a utilizar el concepto de cumplimiento terapéutico, algunos ejemplos de ello son:

“En ésta, inciden diferentes aspectos que podrían obstaculizar el apego a un tratamiento... (Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica, 2017, p. 9)”

“...esto repercute directamente, no solo en los costos de los servicios en los Centros de Salud, sino su afectación se ve reflejada en gran escala en la inasistencia a los seguimientos clínicos, en el desapego a los tratamientos médicos...(Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica, 2017, p. 5)”

“...se producen ajustes en la forma de percibir y luego de conceptualizar la pérdida de salud, que motivan en el paciente cambios conductuales y que forman parte de las variables que inciden en el apego a la prescripción médica... (Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica, 2017, p. 17)”

Aunque a primera vista ambos conceptos parecen iguales, uno de ellos trata de abarcar varios factores mientras que los demás solo abarcan uno o dos factores a lo mucho, esto en la práctica puede conllevar a que los padecientes no cumplan en su totalidad las indicaciones médicas pertinentes.

Una explicación tentativa a este uso indiscriminado de los diferentes conceptos es en un primer punto que algunas disciplinas médicas, como podría ser la de farmacología, tienen ya establecido por la misma naturaleza de su área conceptos (como la de seguimiento terapéutico en este caso) para medir y cuantificar la efectividad de sus intervenciones. Sin embargo, esto no explica por qué revistas especializadas en temas específicos, como las enfocadas al estudio y control de la diabetes, cometen estos errores, en estos casos otra explicación plausible es el creer que estos conceptos son simples sinónimos de unos y otros, esto por su falta de estudio en los centros educativos.

Explicación de la confusión de los diferentes términos en el control de la diabetes mellitus

Ahora bien, ya quedó demostrado que tanto en el lenguaje coloquial como en las publicaciones de índole científica y de índole médica sigue existiendo un uso indiscriminado de los

conceptos adherencia terapéutica, seguimiento terapéutico, cumplimiento terapéutico y apego terapéutico, sin embargo, surge una duda del porque esta confusión, si organizaciones tales como la OMS ya definieron el concepto desde hace más de quince años. A continuación, se ofrecerá una posible explicación del porqué sucede esto.

En lingüística existe un concepto denominado sinonimia la cual se define como: “Empleo intencionado de voces de significación idéntica o semejante, para amplificar o reforzar la expresión de un concepto, como en *la gloria, el éxito, la popularidad de un artista* (Real Academia Española) (RAE), (2020).” Dentro de este concepto lingüístico existen tres posturas en el asunto de la sinonimia (Zapico y Vivas, 2015):

- No es posible que dos conceptos sean intercambiables.
- No existirían dos conceptos diferentes.
- Los hablantes eligen usar como sinónimos pares de palabras: su uso es accidental.

La sinonimia se puede entender como, el uso indiscriminado de dos o más conceptos que comparten similitudes semánticas entre sí. San Martín (2011) propone que la existencia y uso de palabras semejantes está dada por la vigencia, el uso y las distintas apropiaciones que distintos sectores de una comunidad lingüística hacen de las palabras en función de sus propias necesidades comunicativas. Es decir que un profesional de la salud de una disciplina en concreto, dada la propia naturaleza de su trabajo, usara de manera arbitraria un término incluso en un contexto fuera de su ambiente laboral. Lo anterior se intensifica si el profesional de la salud no ha interactuado con otros profesionales de diferentes áreas, pues de esta manera escuchará y aprenderá el significado de conceptos que en un principio parecen iguales, pero en el fondo tienen una connotación muy distinta al que aparentemente tienen.

Otra posible explicación de este uso indiscriminado de los términos es la gran deficiencia en el sistema educativo mexicano, tanto a nivel básico como en nivel superior. Aunque, por lo menos, a nivel básico la educación básica es una obligación constitucional que debe de cubrir el estado, incluso en esta etapa se logran ver grandes deficiencias no solo en la formación académica de los profesores si no en la infraestructura que esta ofrece a los estudiantes, tanto a nivel de insumos escolares como, en algunas veces, la calidad de las instalaciones. Estos problemas solo se agravan conforme los estudiantes pasan a otros niveles educativos, pues diversas pruebas tales como PISA, EXCALE y ENLACE arrojaron resultados negativos para los estudiantes tanto de primaria y secundaria (Ortiz, 2016).

Y aunque en la actualidad existen algunos filtros académicos, cuyo fin es evitar la entrada de estudiantes sin la suficiente preparación académica, tal como el examen de ingreso a la UNAM, esto no parece haber sido suficiente para que incluso en este nivel educativo que es en donde se forman los futuros profesionales (de la salud), tengan igualmente grandes problemas de formación. Esto lo refleja el hecho de que, los resultados obtenidos por las mismas pruebas que se aplican en el nivel básico o medio, siguen siendo prácticamente iguales en cuanto a resultados en este nivel educativo (es decir el nivel superior). Lo anterior dará como resultado que, algunos profesionales médicos no tengan la suficiente preparación tanto práctica como teórica, dando como resultado que en las intervenciones médicas con pacientes reales se puedan cometer, no solo omisiones sino confusiones en algunos conceptos, tal como el de adherencia terapéutica (Ibarrola, 2012)

Alcances y limitaciones del concepto de adherencia terapéutica

Alcances

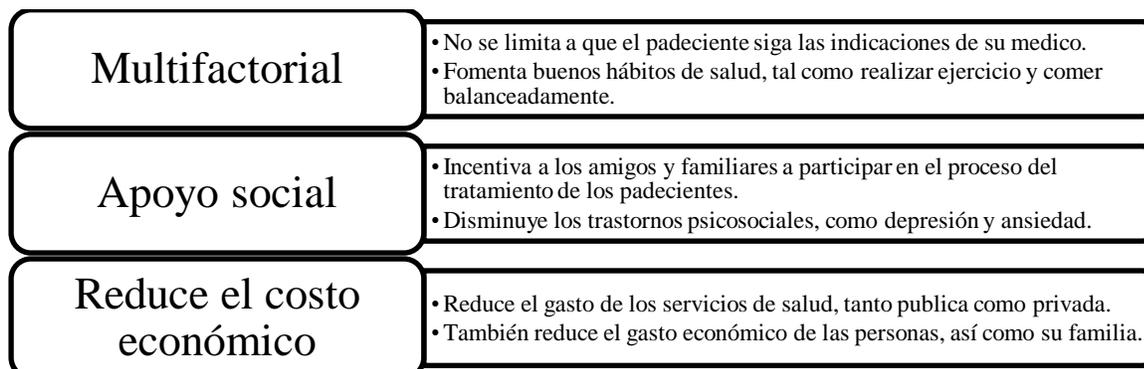
Como ya se revisó anteriormente el concepto de adherencia terapéutica es multifactorial, esto al no estar limitado simplemente a que la persona siga las indicaciones de su médico, sino también porque incluye controles médicos periódicos, y cambios en el estilo de vida, enfocándose en la

alimentación y ejercicio. La buena adherencia terapéutica, en los pacientes con enfermedades crónicas, tiende a tener consecuencias positivas no solo para el sujeto en sí, sino también para los distintos sistemas de salud de los países, esto al disminuir los medicamentos prescritos, los análisis clínicos innecesarios (tanto los llevados por los centros de salud como los de interconsulta) y por ende mejorar el estado de salud físico del enfermo (Reyes et al, 2016).

Ahora bien, dentro de todo lo que implica el concepto de adherencia terapéutica también se abarca el apoyo social, tanto de los familiares de los padecientes, así como de sus amigos, e incluso del propio personal de salud, esto es gratificante para las personas, pues si se llega al objetivo último que propone dicho concepto los individuos se sentirán comprendidos en todos sus aspectos, no solo mejorando su salud física sino también su estado anímico. Esto último maximiza las posibilidades de que los nuevos hábitos adquiridos se mantenga por un periodo de tiempo bastante largo, mejorando a la vez la calidad de vida de las personas (González, 2011).

Para poner lo anterior en contexto, las familias plenamente funcionales, es decir aquellas que se describen como cálidas, tolerantes y cercanas tienen tres veces mayor posibilidades de lograr una adherencia terapéutica mayor en comparación a las familias disfuncionales, además la estructura social y familiar de los pacientes (su estado civil y número de amigos que tenga) se asocia positivamente con la adherencia terapéutica, en una investigación se encontró que las posibilidades de adherencia en pacientes casados era 1.27 veces mayor que para pacientes solteros. La calidad del apoyo social debe ser funcional (práctico y emocional) para que este apoyo tenga efectos positivos, no sirve de mucho la mera presencia de familiares y amigos para tratar de aumentar conseguir la adherencia terapéutica. Además de vivir acompañados, ya sea con un familiar, amigo o meramente un conocido también tuvo efectos positivos sobre la adherencia terapéutica (Miller y Robin, 2013).

Figura 2

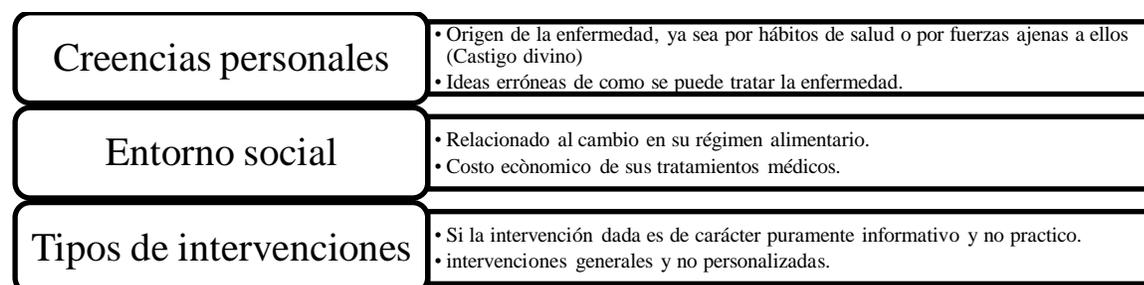
Adherencia terapéutica

Nota: Aspectos más importantes de los alcances de la adherencia terapéutica.

Sintetizando lo anterior y como lo muestra la figura 2, la adherencia terapéutica tiene tres aspectos importantes: el multifactorial, el apoyo social y la reducción de los gastos económicos. El primero de ellos se refiere a que no se limita a que el paciente siga las indicaciones de su médico, además de fomentar buenos hábitos de salud, el segundo se centra en que el círculo social de los individuos participen en el tratamiento médico, teniendo como resultado adicional el disminuir trastornos, como la depresión y ansiedad. Por su parte, el tercer factor alude a disminuir los gastos económicos tanto del enfermo como de los servicios de salud, esto al disminuir los medicamentos prescritos.

Limitaciones

Figura 3

Limitaciones de la adherencia terapéutica.

Nota: Principales limitaciones en torno al concepto de adherencia terapéutica.

Tal como lo demuestra la figura 3, existen varias dificultades en lograr que exista una adherencia terapéutica correcta en las personas, las cuales son las creencias personales en torno al origen y tratamiento de la enfermedad, el entorno social que dificulta que sigan las indicaciones médicas y aumenta el costo económico, y los tipos de intervenciones dadas por los profesionales de la salud, es decir si son de carácter puramente informativo o también incluyen una parte teórica, y si están son personalizadas a cada individuo (conforme a sus creencias y entorno social).

Explicando lo anterior más detalladamente, en lo que se refiere a las creencias que tienen las personas en relación con su propia enfermedad, una vez que reciben la noticia de que padecen de diabetes los individuos se apoyan en tratamientos alternativos, que tienen poca o nula base científica (Salazar et al, 2018). Y aunque se ha demostrado que ciertas plantas en efecto tienen cualidades para tratar la hipoglucemia (Muñoz, 2016), el uso indebido e indiscriminado de estas plantas pueden llevar a las personas que lo consumen a consecuencias indeseadas en el desarrollo de la enfermedad, por lo que siempre es recomendable asistir con un profesional de la salud, para recibir indicaciones en cuanto al número y tamaño de las dosis.

Algo muy relacionado con lo anterior es el apoyo espiritual-religioso, que algunas personas tienden a tener a la hora de recibir la noticia de que tienen diabetes, esto porque asocian su enfermedad como un castigo divino y no como resultado de sus hábitos de salud (Córdoba et al, 2012), lo cual hace difícil lograr o aunque sea, el empezar el proceso de adherencia terapéutica. Es decir, que a este padecimiento se le atribuyen causas externas en vez de causas internas, en algunos casos, fácilmente modificables para evitar la aparición esta enfermedad, lo cual genera que los individuos no tengan ninguna motivación para cambiar sus estilos de vida. Aunque en algunos casos este mismo apoyo espiritual puede hacer que los sujetos se sientan dueños de su destino, lo cual conllevará a que se realicen cambios necesarios en su vida.

Otro elemento que puede dificultar o que puede ser un elemento que favorezca la adherencia terapéutica es el entorno social de las personas, esto en relación con el régimen alimenticio que deben de consumir una vez que se le ha detectado la enfermedad, esto se ve reflejado en las reuniones de índole social, en donde debido a la presión los sujetos deciden omitir las restricciones en las cantidades y en ciertos alimentos que sus médicos les indicaron. En ciertas ocasiones los individuos sienten que las diferentes restricciones que se les imponen, como disminuir o eliminar la ingesta de pan de dulce o refrescos, es un ataque a sus costumbres lo cual a la vez afectara sus relaciones sociales (como puede ser al asistir a una reunión). (López y Avalos, 2013).

En torno al apoyo familiar este puede ser una gran base para lograr la adecuada adherencia terapéutica, pero a la vez puede resultar un gran obstáculo para lograr el mismo, se ha observado que familias en constantes conflictos que tienen niños con diabetes mellitus tipo I no logran alcanzarla, por el contrario los apoyos sociales y familiares adecuados tienden a mejorarla, esto al proteger a los pacientes de situaciones físicas, sociales y de vulnerabilidad económica. Una importante observación a realizar es el hecho de que la mayoría de los estudios referentes a este tema, asociados con factores personales y familiares, se han basado en estudios transversales, y algunas veces, en auto-informes. De allí la necesidad de estudios de carácter longitudinal (Miller y Robín, 2013)

Aunque existan intervenciones para tratar de remediar estas limitaciones por parte del área psicológica estas por lo regular se limitan a ser meramente informativas, además de usar varios tecnicismos médicos o psicológicos los cuáles para ciertos grupos, sin el grado suficiente de estudios, son difíciles de entender. Aun así, un nivel de conocimientos adecuados en torno a la enfermedad no asegura que exista adherencia terapéutica, ya que el éxito dependerá de la habilidad para comprender, recordar, concientización acerca de la enfermedad y todo lo que implica, además de aplicar la información adquirida en su entorno social normal. Lo anterior plantea la necesidad

de reformular los diferentes programas que ya existen en relación con la enseñanza dietética, de ejercicio, ingesta de medicamentos y de administración de insulina de la diabetes en la población general para que esta sea fácilmente entendible para todas las personas.

Es de esta manera que se propone ampliar el concepto de adherencia terapéutica a los ámbitos culturales y sociales del individuo. Es decir, se debe de contemplar el nivel socioeconómico y el ámbito cultural de los padecientes, pues esto interfiere en aspectos tan básicos como la disponibilidad de los servicios de salud, y la percepción que se tiene de las enfermedades que se padecen. De esta manera no será lo mismo la adherencia terapéutica para un individuo de un nivel socioeconómico bajo, que además desconoce todo lo relacionado con su enfermedad, en comparación a un sujeto con un acceso más fácil a los servicios de salud, con recursos económicos que le permitan cubrir todos los gastos que debe de llevar, que además conoce todos los aspectos relacionados con su enfermedad y que esta concientizado de todos los peligros referentes al tema.

Discusión

Derivado de la recolección y análisis de información referente a la diabetes mellitus, así como de los factores relacionados con este y del concepto de adherencia terapéutica se llega a varios resultados, uno de ellos es que todavía en la actualidad no se le ve a la diabetes mellitus como una enfermedad multicausal. Por lo general solo se suelen tomar uno o dos factores de las varias que existen, limitando de esta manera la comprensión de la enfermedad en sí, y limitando a la vez las futuras intervenciones médicas de la misma (López y Avalos, 2013).

Del mismo modo se llegó como resultado que los servicios de salud, tanto públicas como privadas, así como los profesionales de las mismas, padecen de grandes deficiencias tanto a nivel estructural como de formación académica, lo cual solo empeora la adherencia terapéutica de los padecientes que asisten con ellos. Pues al no tener un conocimiento acerca del tema las

intervenciones dadas serán deficientes, y por ende ineficaces, dando como resultado que los individuos perciban como una pérdida de tiempo el asistir a este tipo de lugares (Lerman, 2009).

Aunado a lo anterior actualmente en México aún no se ha tomado en consideración implementar una perspectiva de género enfocada al género masculino, ya que de esta manera se mejoraría notablemente los índices de adherencia terapéutica de este sector de la población. Se debe de entender que tanto a nivel biológico como social hombres y mujeres, enfrentan y desarrollan las enfermedades de manera diferente entre sí.

La adherencia terapéutica tiene que tener como finalidad que las personas participen de manera más activa y eficaz en sus propios tratamientos médicos. A pesar de tener grandes alcances este concepto también posee algunas limitaciones clave que disminuyen su efectividad, entre las que encontramos que se necesitan intervenciones personalizadas para cada paciente, pues cada persona tiene una visión diferente de todo lo que rodea su enfermedad, así como también es diferente el entorno social y familiar de cada una de los individuos. Esto se dificulta más tomando en cuenta que los servicios de salud en México son precarios, sin embargo, un primer paso para poder solucionar esto es realizar clases de educación diabetológica cuyo fin sea dar información general del tema, además de prevenir y tratar la diabetes mellitus, todo esto aplicado en los centros de salud como en diferentes instituciones académicas.

Conclusión

Los bajos índices de adherencia terapéutica que actualmente existen corresponden a varios factores, entre los que encontramos la precariedad de los servicios de salud a nivel nacional, los bajos números de médicos especialistas (como los endocrinólogos), el no entendimiento de las múltiples causas que están relacionadas con la diabetes mellitus, el no dar clases de educación diabetológica, y el no tener una perspectiva de género enfocada al género masculino, el cual es el sector de la población más vulnerable para desarrollar diabetes mellitus.

En comparación con los conceptos que la precedieron, el concepto de adherencia terapéutica ha mejorado sustancialmente en ver al paciente no como un mero autómatas, que debe de seguir a ciegas las indicaciones del médico, sino que incentiva a las personas a participar más activamente en sus propios tratamientos.

En sí el concepto de adherencia terapéutica tiene más alcances que limitaciones, sin embargo, la principal limitación es que dicho concepto está pensado para aplicarse a contextos culturales, económicos y sociales diferentes a las de países en vías de desarrollo como México, puesto que como ya se mencionó, no contempla los problemas en las infraestructuras sanitarias del país así como los bajos índices en los indicadores de calidad de vida. Así mismo una actitud de negación tiende a tener consecuencias negativas sobre el autocuidado de su salud, para un adecuado control de la diabetes, por lo que la persona debe de estar concientizada de todo lo que implica su nuevo estado de salud, y participar de manera más activa y eficaz en su tratamiento médico.

Un primer paso para tratar de solucionar esta deficiencia es la implementación de equipos de carácter multidisciplinario a la hora de realizar intervenciones médicas, esto con el fin de que cada profesional de la salud complemente mutuamente los vacíos de conocimiento propios de la disciplina que ejercen. El realizar clases de educación diabetológica lo más personalizadas posible, también ayudara a disminuir los índices de baja adherencia terapéutica.

Dichas clases deberían estar planeadas conforme al género de las personas, pues recordemos que este es un factor importante, pues desde el factor medico hasta el social de la diabetes son experimentados de manera diferente por hombres y mujeres. Además también se debe de tomar en cuenta el alcance de los servicios e insumos médicos de los individuos y el apoyo social que estos reciben, pues si no se tiene cualquiera de estos factores la adherencia terapéutica será nula, o muy deficiente.

Sin embargo, estas conclusiones solo pueden aplicarse a población de clase socioeconómica baja y media, puesto que los trabajos consultados para la elaboración de este estudio se llevaron a cabo con dichos segmentos de la población, por lo que se sugiere para trabajos posteriores el realizarlos con población de clase socioeconómica alta. Pues el contexto social será drásticamente diferente, desde los servicios de salud al alcance, y el tiempo destinado a llevar a cabo los tratamientos dados por los médicos.

El nuevo concepto que se propone para definir la adherencia terapéutica, basada en la propia definición dada por la OMS, es la siguiente: “El comportamiento de una persona que se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, el cual debe de estar ajustada a los aspectos sociales y culturales en el que se encuentra el individuo. Que además, debe de tener como objetivo principal que las personas se involucren de manera más directa y eficaz en sus propios tratamientos médicos”. De esta manera, y de acuerdo a la literatura revisada, los índices de adherencia terapéutica aumentarían notablemente, esto al considerar los recursos, limitaciones y puntos de vista que tiene cada persona.

Referencias

- (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(2), 53-56. Recuperado en 17 de Septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&tlng=es.
- Aftab, A. Alamgir, K. y Salahuddin, K. (2017). Causes, Complications and Management of Diabetes Mellitus. *Chronicle Journal of Food and Nutrition*, 1 (1), 1-3. https://www.researchgate.net/publication/318959668_Causes_Complications_and_Management_of_Diabetes_Mellitus
- Amado, E. (2008). El cumplimiento terapéutico. *Revista Clínica Electrónica en Atención primaria*, 15, 1-6. <https://ddd.uab.cat/record/98673>
- Amarís, M. Madariaga, C. Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*, 30 (1), 123-145.
- American Diabetes Association. (2013). (11 de Agosto de 2020). *Control de glucosa*. <http://archives.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-de-la-glucosa.html>
- Ariza, C. Gavara, V. Muñoz, A. Agüera, F. Soto, M. y Lorca, J. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención Primaria*, 43 (8), 398-406. <https://medes.com/publication/67811>

- Barquilla, A. (2017). Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 19, 57-65.
http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v19n2/es_04_revision.pdf
- Basina, M. (2019). 26 de Agosto de 2020. *Everything You Need to Know About Insulin*. healthline
<https://www.healthline.com/health/type-2-diabetes/insulin>
- Cardoso, M. (1999). Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. *Salud Problema*. 4 (7), 31-37.
- Cardoso, M. (2017). ¿Porque no dejan de comer lo acostumbrado? Reacciones fisiopatológicas y psicógenas configuradas culturalmente ante el plan de alimentación biomédico para controlar la diabetes tipo 2. *Journal*, 9 (1), 79-100. <http://www.ea-journal.com/es/numeros-antteriores/84-vol-9-n-1-junio-2017/724-por-que-no-dejan-de-comer-lo-acostumbrado-reacciones-fisiopatologicas-y-psicogenas-configuradas-culturalmente-ante-el-plan-de-alimentacion-biomedico-para-controlar-la-diabetes-tipo-2>
- Cardoso, M. Zarco, A. Aburto, I. y Rodríguez, M. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57 (5), 32-42. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52262>
- Caridad, M. Bayarre, H. Navarro, D. Sanabria, G. y Trasancos, M. (2015). Educación diabetológica, adherencia terapéutica y proveedores de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (4), 677-680. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400011

- Castañeda, I. y Ramírez, M. (2013). Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29 (3), 281-296. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Chávez, R. Llaraza, H. y Gaspar, J. (2011). Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica. *Archivos de Cardialgia de México*, 81(3), 267-272. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402011000300016
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2019). *BOLETÍN CONAMED*. 23. Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/b23-3.pdf>
- Córdoba, S. Antonio, M. y Cerezo, A. (2012). Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 20 (8), 255-260. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>
- Cruz, P. Vizcarra, I. Kaufer, M. Benítez, A. Misra, R. y Valdés, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población*, 20 (80), 119-144. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005
- Debussche, X. (2014). Is adherence a relevant issue in the self-management education of diabetes? A mixed narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes.*, 7, 357-367. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122577/>
- Delgado, S. (2019). 27 de Agosto de 2020. México, primer consumidor de refrescos en el mundo. *GACETA UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-primer-consumidor/>
- Díaz, I. (2017). 1 de Octubre de 2020. Un mayor número de médicos generales en México facilitaría la detección oportuna de diabetes. *Saludiarario*. <https://www.saludiarario.com/medicos-generales-facilitarian-deteccion-oportuna-de-diabetes/>

- Fernández, A. Abdala, T. Alvara, E. Tenorio, G. López, E. Cruz, S. Dávila, R. Pedraza, A. (2012). Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 17 (2), 94-99. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf>
- Ferrer, V. (1995). Adherencia” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista Ciencias de la Salud*, 7 (1), 35-71. https://www.researchgate.net/publication/313770977_Adherencia_a_o_cumplimiento_de_prescripciones_terapeuticas_y_de_salud_Concepto_y_factores_psicosociales_implicados
- García, A. (2017). Apuntes acerca de la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad. *EduSol*, 17 (61), 1-5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6137067>
- García, J. Rodríguez, M. Rentería, A. Rodríguez, N. y Melchor, J. (2016). ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LAS APORTACIONES PSICOLÓGICAS EN EL CONTROL Y REGULACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19 (2), 622-639. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73911>
- García, J. Salcedo, A. Hayes, D. y Mike, M. (2015). Dominio cultural sobre causas de diabetes en tres generaciones de estratos populares en Guadalajara, México. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (3), 308-315. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744937012.pdf>
- García, V. y Martínez, R. (2016). Ausentismo laboral y salud: estudio de su importancia en el teletrabajo. *Retos*, 11, 13-25. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5045/504551173001/html/index.html>

- Gil, L. Sil, M. Domínguez, E. Torres, L y Medina J. (2013). Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1), 104-119.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41955>
- Gómez, R. Pérez, M. y Montoya, C. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales de pediatría*, 82 (1), 143-146.
<https://www.analesdepediatria.org/es-diabetes-mellitus-tipo-1-breve-articulo-S1695403314001799>
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 3 (2), 102-107. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32923>
- Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica.* (2017). Secretaria de salud. Centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades.
<http://www.cenetec.gob.mx/descargas/CENAPRECE/AdherenciaTerapeutica.pdf>
- Gutiérrez, A. (2020). *Diabetes. Perspectivas de médicos y pacientes.* T&R Editorial.
- Hackett, R. Hudson, J. y Chilcot, J. (2020). Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetologia*, 63, 2329-2338.
<https://www.sciencedaily.com/releases/2020/09/200915105943.htm>
- Henaó, C. García, D. Aguirre, E. Gonzales, A. Bracho, R. Solórzano, J. y Arboleda, A. (2017). Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la formación para la investigación en ingeniería. *Lasallista de Investigación*, 14 (1), 179-197.
<https://www.redalyc.org/pdf/695/69551301017.pdf>

- Hernández, M. Gutiérrez, J. y Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55, 129-136.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&lng=es&tlng=es.
- Ibarrola, M. (2012). Los grandes problemas del sistema educativo mexicano. *Perfiles educativos*, 34, 16-28. <https://www.redalyc.org/pdf/132/13229959003.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* 2018. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Jansà, M. y Vidal, M. (2009). Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Avances en Diabetología*, 25, 55-61.
<http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1-9.pdf>
- Jiménez, A. Cerón, D. Ramos, R. y Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista médica de Chile*, 141, 173-180. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000200005&script=sci_arttext&tlng=e
- Joyce, B. y Weil, M. (2009). *MODELOS DE ENSEÑANZA*. GEDISA.
- Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007

- Lerman, I. (2009). Barreras que dificultan la aplicación temprana de insulina en el paciente con diabetes tipo 2. *Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17 (2), 66- 68. https://www.revistaalad.com/pdfs/0906_BarrDif.pdf
- Li, R. Shrestha, S. Lipman, R. Burrows, N. Kolb, L y Rutledge, S. (2014). Diabetes Self-Management Education and Training Among Privately Insured Persons with Newly Diagnosed Diabetes — United States, 2011–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63 (46), 1045-1049. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6346a2.htm>
- Lizama, A. (2016). Multidisciplinarietà en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77 (3), 263-267. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000300011&script=sci_abstract
- Lizarzaburu, J. Vento, F. Torres, H. Zelada, H. Laca, J. Rivera, K. y Valera, J. (2017). Mitos sobre la insulina en pacientes con diabetes tipo 2 evaluados en el Hospital Central de la Fuerza aérea del Perú. *Archivos en Medicina Familiar*, 21 (1), 19-29. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86559>
- López, C y Ávalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (2), 331-345. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013
- López, L. Lucrecia, S. Inés, D. y Rojas, L. (2016). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia la promoción de la salud*, 21 (1), 117-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

- López, P. (2020). 31 de Agosto de 2020. *Analizan expertos calidad de vida en Ciudad de México*. GACETA UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/analizan-expertos-calidad-de-vida-en-ciudad-de-mexico/>
- Lossa, S. Corbella, S. y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de psicología*, 105, 91-103. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Lourdes, M. Gómez, M. Pérez, G. Díaz, A. Concepción, M. y Cristina, M. (2012). Propensión a la DIABETES en poblaciones prehispánicas y contemporáneas de México. *Ciencia*, 63 (1), 26-36. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/63_1/PDF/05_741_Diabetes_Prehispanicas.pdf
- Lugo, G. (2018). 14 de Septiembre de 2020. *Hombres consideran ir al médico una amenaza a su masculinidad*. GACETA UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/hombres-consideran-ir-al-medico-una-amenaza-a-su-masculinidad/>
- Mabel, G. Lugo, G. Vera, Z. Acosta, C. Moringo, M. Isasi, D. y Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Revista Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(1), 70-77. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
- Martínez, G. Martínez, L. Lopera, J. y Vargas, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14 (2), 107-116. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-31102016000200003&script=sci_abstract

- Martínez, M. Martínez, A. Aguado, R. y Zabala, M. (2015). La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional. *La técnica U. Revista clínica médica familiar*, 8 (2), 171-172.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000200015
- Mendoza, I. José, E. Torres, S. Herrera, A. y Colina, W. (2012). EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y SU PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10 (1), 138-142. <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540232015.pdf>
- Miller, T. y Robin, M. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Dovepress*, 6, 421-426.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825688/>
- Moreno, A. y Sandoval, K. (2013). Diversidad genómica en México. *Pasado indígena y mestizaje. Cuicuilco*, 20 (58), 249-275.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592013000300013&lng=es&nrm=iso
- Muñoz, G. (2016). Plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión. *ILAPHAR*, 26 (1). Recuperado de <https://www.revistadelaofil.org/plantas-medicinales-en-el-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-una-revision/>
- Naranjo, Y. Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100.
<http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
- Oltra, S. (2013). EL AUTOCUIDADO, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA. *Revista GPU*. 85-90.
https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2013/09/SANDRA-OLTRA-El_autocuidado.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2020a). 5 de Septiembre de 2020 *¿Que es la diabetes?.*

https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020b). 11 de Agosto de 2020. *Diabetes.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2016). 1 de Septiembre de 2020. *Informe mundial sobre la diabetes.*

<https://www.who.int/diabetes/global-report/es/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20las%20estimaciones%2C%20422%20millones,5%25%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20adultas.>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). 13 de Septiembre de 2020. *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.*

https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/#:~:text=Los%20adultos%20de%2018%20a,de%20actividades%20moderadas%20y%20vigorosas.

Ortiz, V. (2016). PROBLEMAS DE LA EDUCACIÓN EN MÉXICO. *Revista Acta Educativa*, 7, 1-

18. <https://revista.universidadabierta.edu.mx/2016/05/16/problemas-de-la-educacion-en-mexico/>

Pérez, A. López, R. Garrido, S. Casas, D. y Rodríguez, A. (2017). Factores condicionantes de la

falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. *WAXAPA*, 18 (10), 20-25.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88765>

Pérez, R. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para

paramédicos de la Cruz Roja. *REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA*, 30 (45-46),

17-33. <http://rcps-cr.org/wp-content/themes/rcps/descargas/2011/2-RCP-Vol.30-No45-46.pdf>

Real Academia Española (RAE). (2020). *Sinonimia*. Edición Tricentenario. Rae.es. Recuperado de <https://dle.rae.es/sinonimia>

Reyes, E. Trejo, R. Arguijo, S. Jiménez, A. Castillo, A. Hernández, A. y Mazzoni, L. (2016). ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS. *REVISTA MEDICA HONDUREÑA*, 84 (3-4), 125-132. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Rivera, A. López, M. y Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35, 329-337. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=36220>

Rodríguez, M. Rentería, A y García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 10 (1), 91-101. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v10n1/a09.pdf>

Rueda, I. Fernández, A. y Herrero, A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones Regionales*, 26, 141-158. https://www.researchgate.net/publication/259868658_Aplicacion_de_la_teor%C3%ADa_de_la_acci%C3%B3n_razonada_al_ambito_emprendedor_en_un_contexto_universitario

Saeedi, P. Patersohn, I. Salpea, P. Malanda, B. Karuranga, S. Urwin, N. Colagiuri, S. Guariguata, L. Motala, A. Ogurtsova, K. Shaw, J. Bright, D y Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the

International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice* , 157, 1-10. <https://europepmc.org/article/med/31518657>

Salas, E. y García, M. (2012). *CO-DEPENDENCIA (Monografía)*. Universidad del Bio Bio, Chile

Salazar, E. Ponce, E. Jiménez, I. Cervantes, A. Jiménez, J. Madrigal, H. (2018). Mitos y creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México. *Archivos en medicina familiar*, 20 (1), 15, 21. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76224>

Salinas, R. Herrera, L. y Rodríguez, B. (2016). ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA INSULINOTERAPIA EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. *CREA CIENCIA*, 10 (1), 7-12. <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/6026>

Salzberg, S. Alvariñas, J. López, G. Gorbàn, S. Amelia, M. Falcón, E. Emely, X. Valinotti, E. Mármol, M. Rodríguez, J. Gama, M. Cerdas, S. Báez, S. Orozco, R. Larrabure, G. Rivas, A. Cárdenas, A. Camacho, M. Barbero, R. Vergara, P. Seoane, B. Hallens, N. Lijeròn, L. Mercado, N. Fierro, A. Blanco, P. Soraya, L. Barragán, D. Rombalde, E. Durand, M. y Barba, A (2016). Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD 2016. *ALAD*, 6, 155-169. http://www.alad-americalatina.org/wp-content/uploads/2016/12/Guias_ALAD_DG_2016.pdf

San Martín, N. (2011). Voces de origen lunfardo en el registro festivo del diario chileno La Cuarta. *ONOMÁZEIN*, 23, 105-147. https://www.researchgate.net/publication/277268186_Voces_de_origen_lunfardo_en_el_registro_festivo_del_diario_chileno_La_Cuarta

- Soler, Y. Pérez, E. López, M y Quezada, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 244-252.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004
- Toledano, C. Avila, L. y García, S. (2012). Seguimiento farmacoterapéutico en una población ambulatoria con Diabetes mellitus tipo 2. *REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS*, 43 (2), 54-60.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952012000200006
- Troncoso, C. Delgado, D. y Rubilar, C. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22 (1), 9-13.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
- Wei, W. Siang, S. Mei, P. y Pheng, S.. (2014). Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes. *Patient Preference Adherence*. , 8, 1185-1194. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159395/>
- Zapico, M y Vivas, J. (2015). La sinonimia desde una perspectiva lingüístico-cognitiva. Medición de la distancia semántica. *Onomázein*, 32, 198-211.
<https://www.redalyc.org/pdf/1345/134544960006.pdf>

Anexo 1

Glosario de conceptos médicos

A1C: Prueba que indica el nivel promedio de azúcar en sangre en los últimos dos o tres meses.

Alfa glucosidasa: Enzima codificada por el gen GAA esencial para el catabolismo de glucógeno a glucosa en los lisosomas.

Biguanida: Moléculas o grupos de medicamentos que funcionan como antidiabéticos orales para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Ejercicio físico aeróbico: Aquel ejercicio que puede tener una intensidad media, baja o alta.

Ejercicio físico anaeróbico: Aquellos ejercicios que consisten en realizar actividad de alta intensidad en poco tiempo.

Glinidas: Familia de fármacos utilizado para disminuir el azúcar en sangre mediante la estimulación de la secreción de insulina por la célula Beta del páncreas

Glucemia: Análisis que mide el nivel de glucosa en la sangre y se realiza para estudiar la posible presencia de diabetes.

Glucosa plasmática posprandial: Nivel de glucosa en sangre tras la ingesta de comida.

Glucosa plasmática preprandial: Nivel de glucosa en sangre antes de comer.

Insulina NPH: Insulina humana de acción intermedia que se usa para cubrir el azúcar en sangre entre las ingestas de comidas, y se usa para satisfacer el requerimiento de insulina durante la noche.

Metformina: Medicamento recetado para tratar niveles altos de azúcar en la sangre.

Polidipsia: Necesidad exagerada y urgente de beber, que suele ser patológica y acompaña a enfermedades como la diabetes.

Poliuria: Síntoma médico que consiste en la emisión de un volumen de orina superior al esperado.

Prueba de glucosa plasmática: Prueba para medir los niveles de glucosa en la sangre, generalmente se realiza a primera hora de la mañana, antes del desayuno.

Prueba de hemoglobina glicosilada: Examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.