



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en Psicología de la Salud**

**Depresión en Personas con Diabetes Mellitus II (DM II)**  
**con Problemas de Adherencia Terapéutica**

**Investigación Documental Cualitativa**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A:**

**Ivan Franco López**

**Director:** Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez

**Dictaminador:** Laura Edith Pérez Laborde



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, 1 de junio de 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Índice

Resumen.....	3
Introducción .....	5
Capítulo I Diabetes Mellitus II (DM II) .....	8
Diabetes .....	8
Epidemiología.....	10
Mortalidad.....	12
Morbilidad.....	13
Capítulo II Depresión en personas diabéticas.....	14
Depresión .....	14
Proceso de duelo.....	15
La familia en el proceso de duelo.....	17
Depresión y DM II.....	18
Capítulo III Salud Pública: Promoción, Prevención, Educación de la Salud y Niveles de Atención...	23
Salud pública .....	23
Promoción de la Salud.....	24
Prevención.....	25
Educación para la Salud .....	26
Niveles de Atención.....	27
Capítulo IV Adherencia terapéutica .....	29
Adherencia .....	29
Integración social .....	32
Discusión .....	35
Conclusión .....	38
Referencias.....	40

## Resumen

La DM II es una enfermedad crónica cuyo diagnóstico y tratamiento suele ir asociado a un estado depresivo que es provocado principalmente por las consecuencias hacia la salud y por el cambio a un estilo de vida saludable que se requiere para evitarlas. La depresión, al causar pensamientos negativos y sobredimensionados sobre la misma persona y los eventos que le acontecen, no permite una completa adherencia al tratamiento, y como consecuencia de ello, se incrementa la posibilidad de complicaciones propias de la DM II, con consecuencias incapacitantes o mortales.

La DM II es una enfermedad prevenible, que se ha convertido en un problema de salud mundial y en México no es la excepción. En los últimos 10 años se ha mantenido como la segunda causa de defunción por debajo de las enfermedades cardíacas. Ésto se debe a la alta incidencia de casos de sobrepeso y obesidad y la desigualdad social, la cual es una barrera que impide el acceso a los servicios de salud de la población más marginada.

La presente investigación documental de carácter cualitativo pretende comprender el por qué las personas con diagnóstico de DM II que presentan depresión, muestran un disminuido apego terapéutico. Se analizan todas las condiciones relacionadas con el servicio de salud y las propias del sujeto que se presentan como una limitante.

Se realizó una búsqueda bibliográfica, haciendo el análisis de varias investigaciones previas que involucren a la depresión, DM II y problemas de adherencia terapéutica. Las investigaciones e información obtenida fueron realizadas entre el año 2000 y 2020.

Se concluye que la depresión actúa como una barrera limitante para las personas con DM II, representándose en un disminuido o nulo apego terapéutico que impacta en la salud. La depresión no es la única razón por la cual no se sigue un tratamiento, entre otras razones encontramos además de las propias de la

persona, las farmacológicas, de la enfermedad y del profesional de salud. Todo este conjunto de razones, si son determinantes que pueden desencadenar en un trastorno depresivo, por lo que se debe no solo identificar las barreras, sino atender las causas que lo generan. En el camino de la atención de la salud se debe de complementar la estrategia de atención con redes de apoyo externas e internas como la familia

Palabras clave: glucosa, hiperglucemia, enfermedad no transmisible (ENT), proceso de duelo, atención primaria de la salud (APS), integración.

## Introducción

Los problemas de salud que afectan a la población mexicana en la actualidad son diversos, y aunque el origen de cada enfermedad obedece a una cierta serie de condiciones genéticas, ambientales y conductuales, lo cierto es que la etiología es multicausal. En las condiciones genéticas y ambientales no siempre se puede ejercer cierto control pero en la conducta sí. Para ello se emplean técnicas cognitivo conductuales, acciones de prevención y promoción de la salud que hacen posible desarrollar en la población una serie de cambios en sus hábitos. Normalmente cada persona cuenta con los recursos intrapsíquicos necesarios para realizar dichos cambios, se podría presumir que es un asunto de tomar la decisión de cambiar, pero no es tan sencillo; mientras no se esté plenamente consciente de las consecuencias en la salud, no podrá tomar esa decisión. Por esta razón, es importante detectar aquellas barreras que impiden en el caso de personas diabéticas su adherencia al tratamiento, considerando que una de esas probables barreras es el estado anímico, sobre todo la depresión.

Actualmente en el país la Diabetes Mellitus II (DM II) se ha convertido en un problema prioritario de salud, se ha observado un aumento en la cifra de pacientes que acuden a los distintos institutos y servicios de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), la diabetes pasó de 6.4 millones a 8.6 millones lo que significa un aumento de 10.3% en comparación con 2012; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) calcula que al menos 12 millones padecen la enfermedad sin saberlo, pues no han sido diagnosticados. Estos datos posicionan a México en el noveno lugar a nivel mundial en casos de DM II. Se estima que la cifra total crecerá para el 2025 posicionando a México en el séptimo lugar a nivel mundial (Torres, Andrade, Espinoza & Cárdenas, 2020).

A pesar de existir antecedentes de atención a la población de personas diabéticas, ésto no se ve reflejado en el mantenimiento de la salud, la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad, tampoco en la disminución en el índice de

morbilidad y mortalidad a causa de un desenlace crónico de la enfermedad y sus respectivas complicaciones.

La DM II es una enfermedad crónica cuyo diagnóstico y tratamiento suele ir asociado a un estado depresivo que es provocado principalmente por las consecuencias hacia la salud y por el cambio a un estilo de vida saludable que se requiere para evitarlas.

¿Es la depresión una de las causas que limitan a las personas diabéticas a adherirse al tratamiento, implicando con ello que exista un bajo interés en el cuidado y mantenimiento de su salud?

Son varias las consecuencias derivadas de la DM II que se van presentando a lo largo de la enfermedad, como lo son pérdida de la vista, impotencia sexual, pérdida de sensibilidad (neuropatía diabética), pie diabético; así como problemas metabólicos y cardiovasculares que comprometen la salud y la calidad de vida.

En los casos de una atención tardía a personas con pie diabético se puede ver comprometido un miembro pélvico llevando a una amputación parcial o total. La recuperación de estos pacientes es prolongada y sumado a esto, la depresión influye en la autoestima y en la falta de apego terapéutico.

La gravedad de este problema de salud, es su efecto incapacitante de forma temporal o permanente que impacta no sólo en la autoestima, sino también en el aspecto social y económico de estos pacientes y sus familiares. A su vez se observa un incremento en la tasa de morbilidad y mortalidad que lo convierten en una problemática de salud a nivel nacional.

La presente investigación documental de carácter cualitativo, busca comprender como es que personas diagnosticadas con DM II y que tienen depresión, presenta un nulo o disminuido apego terapéutico. Ésto se hará a través de una búsqueda bibliográfica y el análisis de varias investigaciones previas que

involucren a la depresión, DM II y problemas de adherencia terapéutica. Al final se busca hacer una propuesta de intervención.



# Capítulo I

## Diabetes Mellitus II (DM II)

### Diabetes

La Organización Mundial de la Salud (2016) define a la diabetes mellitus (DM) como una enfermedad crónica que se desarrolla cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Es considerada un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por un estado hiperglucémico crónico-degenerativo (Panorama Epidemiológico, 2018).

La DM II forma parte del grupo de Enfermedades No Transmisibles (ENT) que se caracteriza por la elevación de la glucosa en la sangre, debido a una baja producción de insulina, la resistencia a ésta o por ambas. La insulina es una hormona producida en el páncreas que tiene la finalidad de controlar el azúcar en la sangre, es de vital importancia en el funcionamiento metabólico, ya que es a través de ella que se descompone el alimento en partículas que son aprovechadas por el cuerpo para obtener energía. Durante el proceso de digestión la glucosa entra al torrente sanguíneo transportada por la hormona insulina dirigiéndose hacia los músculos, grasas y células hepáticas donde se puede almacenar o utilizarse como energía (Rojas, Molina & Cruz, 2012).

Existen distintos tipos de diabetes que se diferencian por las causas que las desarrollan, las más conocidas son la tipo I, tipo II y la gestacional. En la tabla 1 se explican las características de cada uno de los tipos de diabetes.

Tabla 1.  
*Principales tipos de diabetes.*

Tipo I	Tipo II	Gestacional
<p>Trastorno complejo causado por mutaciones en varios genes y también por factores ambientales. Ésto sucede a consecuencia de la destrucción de las células Beta del páncreas por un fenómeno que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos de la sangre.</p> <p>Se puede adquirir a cualquier edad siendo con más frecuencia diagnosticada en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En este tipo el cuerpo no produce o produce poca insulina debido a que las células del páncreas dejan de trabajar. Para su tratamiento es necesaria la aplicación de inyecciones diarias de insulina.</p>	<p>Este tipo de diabetes es más común en la edad adulta aunque últimamente con la alta tasa de obesidad en niños y adolescentes también se ha presentado en esta etapa. Una característica de la diabetes tipo 2 es que el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería. Debido a que este tipo de diabetes se desarrolla lentamente algunas personas con hiperglucemia no presentan síntomas.</p>	<p>Durante el embarazo se producen hormonas distintas para llevar a cabo un embarazo exitoso y saludable, el efecto de estas hormonas es contrario a la acción de la insulina, ésto quiere decir que generan una resistencia a la acción de la insulina y no la dejan funcionar correctamente. En una mujer SIN diabetes gestacional, se inicia una sobreproducción de insulina, de esta forma se vence la resistencia y se mantienen niveles de glucosa saludables, sin embargo cuando el organismo no tiene la capacidad suficiente para producir insulina extra, no es posible vencer la resistencia y la glucosa en sangre comienza a elevarse, ésto se conoce como Diabetes gestacional.</p>

Nota. Recuperado de Asociación Mexicana de Diabetes, 2016.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2019) establece que el diagnóstico de la diabetes se cumple cuando se presentan los siguientes criterios:

- Glucosa plasmática en ayuno  $\geq 126$  mg/100 mL ( $\geq 7.0$  mmol/L).
- Glucosa plasmática en 2 h  $\geq 200$  mg/100 mL ( $\geq 11.1$  mmol/L) en una prueba de tolerancia a la glucosa oral con una dosis de 75 g.
- Hemoglobina A1c  $> 6.5\%$  (48 mmol/L)
- Síntomas de diabetes más una glucemia aleatoria  $\geq 200$  mg/100 mL ( $\geq 11.1$  mmol/L).

En México, la NOM-015-SSA2-2010 (Norma Oficial Mexicana) para la prevención, tratamiento y control de diabetes mellitus, la define con base en los mismos criterios de la ADA.

## **Epidemiología**

La DM II es una Enfermedad No Transmisible (ENT) crónico degenerativa que en la actualidad no cuenta con una cura y que con el tiempo puede generar complicaciones diversas en la salud si no se lleva un tratamiento adecuado. Su impacto en la población ha ido en crecimiento, así como las complicaciones relacionadas a la enfermedad. El sobrepeso y la obesidad en adultos son factores de riesgo para desarrollar DM II, también se ha observado que esa misma prevalencia se está presentando en la población infantil incrementando el riesgo de desarrollar la enfermedad a una edad más temprana. Otros factores de riesgo son una alimentación no saludable y la falta de actividad física. Se ha observado que la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2018), lo cual genera un mayor gasto en salud.

- En la actualidad cerca de seis millones de mexicanos mayores de 20 años padecen diabetes. De mantenerse la tendencia actual, en 2025 habrá en México 12 millones de diabéticos (Andrade, 2019).
- La diabetes es la causa principal de ceguera en México, el 50% de los pacientes desarrolla retinopatía diabética, y el 14% pueden perder una extremidad por amputaciones derivadas de úlceras crónicas con problemas graves de cicatrización, según la Federación Mexicana de Diabetes (Cruz, 2012).
- Otras complicaciones frecuentes relacionadas con la DM II es la insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares (OMS, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que del total de amputaciones de extremidades inferiores, entre el 45 y 85% están relacionadas con la diabetes. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indica que el 70% de las amputaciones en extremidades inferiores ocurren por una atención médica tardía de lesiones en pies, principalmente de personas con diabetes (González, Arce & Zarza, 2017).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC, 2016), la prevalencia general de diabetes en México es de 9.4% (10.3% en mujeres y 8,4% en hombres), cifra que representó un incremento de 1.85% con respecto a 2006. Además, se estima que del total de pacientes con diabetes el 90% está asociado a sobrepeso y obesidad.

En relación con la mortalidad en México, el INEGI estimó que para el año 2017, la diabetes constituyó la segunda causa de muerte en el país con el 15.2% (n=106,525) del total, únicamente por debajo de las enfermedades cardiovasculares que ocasionaron un total de 141,619 defunciones (20.1%).

Un aspecto importante que se involucra en la prevalencia de la DM II, así como de otras ENT, es el contexto demográfico. Desde hace algunas décadas México vive un proceso de envejecimiento poblacional que provoca cambios en su estructura demográfica, el aumento en la esperanza de vida es sin duda uno de los factores con mayor influencia en este fenómeno poblacional.

Por el contrario, la tasa de mortalidad general ha presentado un incremento constante desde el 2003; este incremento es el reflejo del proceso de envejecimiento de la población como aspecto principal. La situación demográfica es acompañada de la transición epidemiológica, en la que la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas o del subdesarrollo, se cambian por las crónicas no transmisibles o de los países desarrollados (INEGI, 2017).

## Mortalidad

La situación nacional de la mortalidad relacionada con la DM II y la obesidad nos hace ver, que de acuerdo a los datos provenientes del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), entre los años 2010 a 2017, las dos primeras causas de muerte en el país fueron las enfermedades no transmisibles, las cuales son de origen multifactorial y prevenibles. En la tabla 2 podemos apreciar el comportamiento de la mortalidad relacionada con la DM II en México y su posición a nivel nacional entre las principales causas de defunción entre los años 2010 y 2017.

Tabla 2  
Mortalidad de la DM II en México

Posición	Año	Defunciones
2	2010	82964
2	2011	80788
2	2012	85055
2	2013	89469
2	2014	98521
2	2015	94029
2	2016	105572
2	2017	140855

Nota. Recuperado de Panorama Epidemiológico 2018

Como se puede apreciar la DM II se ha mantenido como la segunda causa de defunción hasta la actualidad, por debajo de las enfermedades del corazón. El comportamiento nos indica un incremento en el número de defunciones y su relación con el incremento de casos diagnosticados a través de las diferentes instituciones de salud. Ésto se debe a la alta incidencia de casos de sobrepeso y obesidad y la desigualdad social, la cual es una barrera que impide el acceso a los servicios de salud de la población más marginada. Durante el periodo 2011-2016 la tasa de mortalidad por diabetes se incrementó pasando de 114.1 en 2011 a 135.7 en 2016; sin embargo, para 2017 se observa una reducción de 0.78% con respecto a 2016 (Panorama Epidemiológico, 2018).

## **Morbilidad**

El Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE, 2018) registró entre 2016 a 2018 que los casos incidentes de DM II han presentado una disminución del 2011 al 2016 donde paso de 427,125 casos a 368,069 casos lo que representó una disminución del 16.04%; sin embargo, para los años 2017 y 2018 se presentó un incremento con respecto a 2016, siendo este de 10.38% y 12.98%, respectivamente.

Respecto a la distribución por grupo de edad se tiene que en el periodo 2010-2018 la mayor proporción de casos se reportó en el grupo de 50 a 59 años, el cual concentró el 28.93% del total. Además, se puede observar que durante dicho periodo el 65.15% de los casos se encontró en la población en edad productiva y con riesgo de desarrollar complicaciones crónicas de la enfermedad a etapas más tempranas de la vida, situación que derivará en más gastos en salud. La razón hombre - mujer del 2010 al 2017 fue de 0.71, con un 58.4% de mujeres y sólo el 41.6% de hombres de los casos incidentes para DM II. (SUAVE, 2018).

## Capítulo II

### Depresión en personas diabéticas

#### Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2019) define a la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5<sup>ta</sup> edición (APA, 2013) refiere que la depresión se caracteriza por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad por sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

A su vez, Linares & Campo (2000) definen a la depresión como una alteración del estado de ánimo con una persistencia que puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.

En cuanto al aspecto cognitivo, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra, evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobre-dimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas (Heredia & Pinto, 2008).

La depresión se encuentra ligada a una pérdida de interés en la salud y en consecuencia a la falta de apego al tratamiento médico. En el momento que una persona es diagnosticada con diabetes, se genera un impacto psicológico, al recibir la información de la enfermedad, su pronóstico y consecuencias. Una

persona diabética debe hacer frente aún después del diagnóstico a una serie de cambios en sus hábitos alimenticios, sociales y de cuidado en la salud que causan en muchos casos estrés (Montes, Oropeza, Pedroza, Verdugo y Enríquez, 2013) y depresión. La pérdida de la salud y sus consecuencias por complicaciones de la enfermedad llevan a las personas diabéticas a un proceso de duelo (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri & Martínez, 2008) que se desarrolla en cinco fases, siendo la depresión parte de este proceso.

## **Proceso de duelo**

El DSM-V (APA, 2013) reconoce el duelo como un problema que puede ser objeto de atención clínica; indica que durante los dos primeros meses pueden presentarse síntomas depresivos característicos de un episodio depresivo mayor que pueden considerarse normales si no se prolongan más de este tiempo ni presentan peculiaridades que pueden hacer sospechar la presencia de un duelo patológico.

Pangrazzi (1993) y Cabodevilla (2007) mencionan que el duelo también se encuentra en la pérdida de la salud, por lo que considera que dicha pérdida engloba aspectos de sí mismo incluyendo las pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales y motoras, como psicológicas (autoestima, valores, ideales, ilusiones, etc.). También las pérdidas y el proceso de duelo guardan un fuerte vínculo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona al recibir el diagnóstico de la enfermedad, en este caso hablamos de la etapa de la edad adulta y la vejez (Gamo & Pazos, 2009).

La pérdida de la salud conlleva a iniciar un proceso de duelo que pasa por la depresión y termina con la aceptación. El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez, 2008), incluye componentes psicológicos, físicos y



sociales con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez, 2004).

De acuerdo con Ross (2005), las fases de duelo por las que pasa una persona son:

- 1a fase: Negación y aislamiento
- 2da fase: Ira
- 3era fase: Pacto
- 4ta fase: Depresión
- 5ta fase. Aceptación

La negación funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada e impresionante, permite recobrase y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales. Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de la negación, es sustituida por sentimiento de ira, rabia, envidia y resentimiento. La tercera fase es útil y es breve, el pacto en realidad es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que la persona no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. En la cuarta fase la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación, en esta fase su “destino” no le deprimirá ni le enojará (Ross, 2005).

Los síntomas y consecuencias metabólicas propias de la enfermedad que afectan a una persona con DM II, la llevan gradualmente a una pérdida de la salud. La etapa del diagnóstico sirve como estímulo para entrar a un proceso de duelo, aunque también el inicio de este proceso, lo puede anticipar la persona antes de un diagnóstico formal, derivado de los síntomas físicos de los cuales se

da cuenta, pudiera pensar que estos serán un evento temporal, pero en realidad, se irán presentando cada vez con más frecuencia.

Cuando existe un diagnóstico se inicia la fase del tratamiento, la aceptación de la enfermedad será un proceso variable en cada persona. En el caso cuando no hay un diagnóstico, pero la persona sospecha por la serie de síntomas y las creencias sociales que hay acerca de la enfermedad, puede hacer que tome la decisión de buscar atención médica, pero cuando se niega a la posibilidad de enfermar, resulta más complicado que lo acepte y evite toda recomendación de ir al médico para que reciba atención, implicándose en lo futuro a que sufra las consecuencias de la enfermedad.

Ante la pérdida de salud, el proceso de duelo prepara a las personas diagnosticadas con DM II, a aceptar la misma y buscar ayuda médica. El adherirse a un tratamiento, disminuye la probabilidad de futuras complicaciones. El duelo también puede presentarse, cuando existe una nula o disminuida adherencia terapéutica, y como consecuencia se presentan complicaciones como pérdida de la vista, de la función renal, amputaciones, etc., este tipo de pérdidas puede dejar secuelas temporales o permanentes.

## **La familia en el proceso de duelo**

Hay que considerar que una enfermedad no sólo afecta a quien la padece sino también al círculo cercano que es la familia. La familia en sí misma es la red de apoyo social más importante del enfermo, ya que son su fuente de soporte emocional. Ésta colabora en la aplicación del tratamiento al administrar el medicamento y tomar parte de la responsabilidad del enfermo por su vida, es por ello que tiene una función muy importante en la rehabilitación (Heredia & Pinto, 2008).

La rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece con la presencia y la participación de la pareja, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad (Heredia y Pinto, 2008).

Dada la importancia de la familia como parte de la red de apoyo sumada al equipo de médicos, terapeuta, grupos de apoyo e instituciones que favorecen la experiencia del paciente ante la enfermedad (Rolland, 2000), es indispensable mantener una buena comunicación entre todos los implicados. El objetivo de incluir a la familia en la intervención terapéutica es mantenerla informada acerca de la enfermedad, los diferentes tratamientos, experiencias de otras familias con la enfermedad, especialistas recomendados, etc. (Heredia & Pinto, 2008).

La familia desarrolla un papel importante en el proceso de duelo, la fase de la depresión y su posterior aceptación. Es el apoyo de la familia el que brinda el soporte para dar continuidad no sólo al cuidado de la salud del paciente, sino también al restablecimiento del interés por la vida, la estructuración de nuevos proyectos personales y de interés que brinden la confianza en sí mismo para incentivar el autocuidado (Navarro, 2004).

Al ser la familia la red de apoyo social más cercana, es la principal fuente de apoyo emocional, de información, colaboración y responsabilidad del enfermo por su vida.

## **Depresión y DM II**

Las complicaciones por la diabetes son muy frecuentes y representan un grave problema de salud en México. Ante los diferentes panoramas de desenlace crónico de la enfermedad, se observan en pacientes diabéticos cuadros de ansiedad y depresión que pueden presentarse durante el transcurso de la enfermedad (Antúñez & Bettioli, 2016).

Una persona diabética debe de llevar un control total de sus niveles de glucosa. En una persona sin diabetes el rango normal se encuentra entre los 70 y 100 mg/dl, en el caso de personas diabéticas los rangos varían por lo que en ayunas pueden presentar una concentración de glucosa de 100 y 126 mg/dl (Tebar & Escobar, 2011). El control de la glucosa va ligado a la dieta de la persona, siendo indispensable su control para el mantenimiento de su salud. Esto, junto con otras acciones de cuidado que debe realizar, causa ansiedad y depresión en los pacientes. Se puede evidenciar la presencia de sentimientos de culpa por lo incapacitante y costosa que puede resultar esta enfermedad, dado que requiere de una completa modificación de hábitos, la inversión en insumos para el control de glucosa (glucómetro, lancetas, tiras reactivas, medicamentos e insulina), una dieta específica, el pago de honorarios de servicios especializados de personal de enfermería y médico cuando se presentan desenlaces crónicos (ISSSTE, 2016).

Una tendencia observada en la conducta de personas diagnosticadas con diabetes es su falta de apego terapéutico. Ésta falta de apego puede ser originada por creencias que afectan la forma de percibir la gravedad de las consecuencias de la enfermedad y por factores sociodemográficos que ayudan a desarrollar conductas de riesgo. Ante esta serie de factores que disminuyen la adherencia terapéutica, se incrementa la probabilidad de presentar mayores complicaciones en la salud y que si no son tratadas pueden ocasionar la muerte (FMD, 2015).

El recibir el diagnóstico de DM II conlleva un impacto al sujeto al ser informado por las consecuencias de la enfermedad y los cambios que va a representar a lo largo del resto de su vida; esta serie de cambios se pueden desarrollar en cualquier síndrome psiquiátrico siendo los más comunes la ansiedad y depresión (Antúnez & Bettioli, 2016) debido al impacto social de esta enfermedad. La serie de cambios se encuentran relacionados con el estilo de vida del individuo, su entorno social, el apego o no al tratamiento y la aceptación de la enfermedad.

La vivencia de ser diagnosticado con diabetes, implica entrar a un proceso lento de aceptación de la enfermedad y de adherencia al tratamiento que no necesariamente es igual en todas las personas.

Anderson, Freedland, Clouse & Lustman (2001) desarrollaron un metanálisis en el cual descubrieron que la prevalencia de la diabetes se encuentra relacionada a un factor de comorbilidad que incrementa al doble la probabilidad de sufrir depresión en pacientes diabéticos en comparación con pacientes no diabéticos.

A su vez, Colunga, García, Salazar & González (2008) demostraron a través de un estudio transversal comparativo realizado en Guadalajara, que la prevalencia de la depresión es alta en personas con diabetes y las mujeres tienen un mayor riesgo. La edad no mostró asociación entre personas con diabetes que están deprimidas, a diferencia de escolaridad, estado civil y ocupación. La depresión se presentó más en personas con mayor antigüedad en el diagnóstico de la diabetes y mayor IMC.

Una de las mayores complicaciones observadas en pacientes con diabetes se encuentra en no lograr controlar los niveles altos de glucemia, lo cual produce:

- Lesiones en los vasos sanguíneos más finos. Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina “retinopatía” (Aliseda & Berástegui, 2008) siendo el daño más grave que puede llevar a la pérdida de la vista
- Disminución en la función renal o pérdida de la misma “nefropatía” (Ugarte & Carranza, 2002)
- Deterioro en terminaciones nerviosas “neuropatía” provocando entumecimiento, pérdida de la sensibilidad en extremidades y la posible formación de úlceras que si se llegan a infectar y complicar, se tiene que recurrir a la amputación (Cisneros, Ascencio, Libreros, Rodríguez, Campos, Dávila, Kumate & Borja, 2016).

Toda esta serie de complicaciones hacen frecuente que se presente estrés, ansiedad y un estado de depresión que no favorece al mantenimiento de la salud.

Tanto la depresión y la ansiedad están consideradas como entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia.

La ansiedad es una emoción básica del organismo que es la forma adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza; se presenta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite al sujeto afrontar situaciones de riesgo (Riveros, 2005).

Se ha demostrado en estudios médicos recientes la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de la glucosa de la sangre, se ha evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener los niveles óptimos de glucosa en la sangre y al mismo tiempo a mejorar la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez & Román, 2011). Es por ello que el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas tengan mayor control y un mejor cuidado de su diabetes al regular sus niveles de glucosa que incrementan la adherencia al tratamiento.

A través de un estudio transversal Colunga et al., (2008) detectó que las personas con DM II que se encuentran deprimidas, además de disminuir su funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que la depresión se asocia con un pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares.

De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero (2004) llevaron a cabo un estudio ex post facto, transversal, con 100 pacientes con DM II, de edades entre 26 y 78 años. Los resultados revelaron que el 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida. Una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, auto concepto y algunos elementos de interacción social; el 60% de los pacientes no mostró deterioro y en un 15% fue severo ( $p < 0,003$ ).

Garduño, Téllez & Hernández (1998), realizó un estudio con el objetivo, de identificar la frecuencia de depresión en un grupo de pacientes con DM II y los factores asociados con su presencia. Se entrevistaron a 189 pacientes con DM II, los resultados muestran que la frecuencia de depresión fue alta (39%). Destaca como variable asociada a la presencia de depresión un nivel alto de glucemia. Asimismo destacaron otras asociaciones como la presencia de enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado.

Antunez & Bettioli (2016), realizaron un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal donde se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de DM II, a quienes se les aplicó el Inventario de Beck para diagnóstico de depresión. Como resultado del estudio encontraron que la frecuencia de depresión en los pacientes con DM II fue 82%, porcentualmente mayor en el sexo femenino (59.76%), se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y grupo etario de 39-48 años, estado civil soltero, sin ocupación actual, con complicaciones crónicas de la diabetes, tratamiento hipoglicemiante oral y con el uso de la insulina.

## Capítulo III

# Salud Pública: Promoción, Prevención, Educación de la Salud y Niveles de Atención

### Salud pública

En la actualidad la salud pública es la disciplina médica encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, cuya función es la de mejorar las condiciones de salud. Ésta tarea incumbe tanto al Estado como a la sociedad civil: para ello, se realizan campañas de prevención y promoción (Martínez, 2018).

En cuanto al concepto de salud, la Organización Mundial de la Salud, la define como el completo bienestar biológico, psicológico y social del individuo y no sólo la ausencia de la enfermedad (OMS, 1948), es multidimensional y variable, según diversos factores: lugar, nivel socioeconómico, nivel cultural, religión, hábitos higiénico-dietéticos y a la experiencia personal.

En México, el organismo estatal encargado de la administración de la salud pública es la Secretaría de Salud. Algunas de sus funciones son la creación de políticas públicas en materia de salud, coordinación de programas de salud, administración del Sistema Nacional de Salud, prevención, control y erradicación de enfermedades, creación de establecimientos de asistencia pública, elaboración de campañas educativas, y, en general, velar por la calidad del sistema sanitario, el derecho y el acceso a los servicios de salud, el bienestar colectivo y la calidad de vida.

La salud se mide a través de diferentes herramientas y estadísticas que permiten un estado de salud objetivo dentro de la población; sólo por mencionar algunas: la mortalidad, morbilidad, discapacidad, etc.



Tanto la salud como la enfermedad son influidas por factores individuales, sociales, ambientales y económicos, los cuales se conocen como determinantes de salud.

La atención de la salud requiere de estrategias preventivas y de acciones que promuevan la salud. En este sentido contamos con dos estrategias, una de promoción de la salud y otra de prevención, cada una con sus propios procesos que se complementan para intervenir en la atención de la salud (Alvarenga, 2018).

En el contexto de la atención en la salud se deben de realizar acciones que hagan a la población consciente de tomar medidas preventivas que disminuyan la probabilidad de desarrollar una enfermedad; y en el caso de que se encuentre ya una patología presente, que ésta se detenga o se atenúen sus consecuencias. Ante estas situaciones es importante identificar las causas que inciden en la aparición de la enfermedad, para desarrollar estrategias que ayude a mitigar su prevalencia en la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

La razón de ser de la salud pública y su objetivo principal es vigilar el estado de salud de la población y atender las necesidades que ella demande, desarrollando las políticas públicas de salud y garantizando la prestación de servicios sanitarios (Martínez, 2018).

## **Promoción de la Salud**

La promoción de la salud es una estrategia que se estableció en la carta de Ottawa en 1986, y se define como el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla (Valenzuela, 2006). La promoción de la salud tiene por objetivo crear ambientes y entornos saludables facilitando la participación social y la creación de estilos saludables de vida, reforzando la acción comunitaria.

En la carta de Ottawa quedaron establecidas cinco funciones básicas necesarias para producir la salud (OMS, 1986):

- Desarrollar aptitudes personales para la salud
- Desarrollar entornos favorables
- Reforzar la acción comunitaria
- Reorientar los servicios de salud
- Impulsar políticas públicas saludables

## **Prevención**

La Organización Mundial de la Salud (1998) define a la prevención como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa (2011) definen las actividades de prevención, las cuales se clasifican en tres niveles:

- Prevención primaria, a través del control de factores causales y los factores predisponentes se destinan medidas que disminuyan la aparición de una enfermedad
- Prevención secundaria, se desarrollan acciones de diagnóstico precoz de la enfermedad y tratamiento oportuno que permitan un adecuado seguimiento de control de la enfermedad
- Prevención terciaria, se realizan acciones encausadas en la recuperación cuando la enfermedad está clínicamente manifestada mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez buscando reducir las secuelas de la misma.

La atención de la salud debe de ser un derecho social al cual tener acceso sin distinción pero en la realidad no toda la población tiene acceso a ella, es por ello

que en la conferencia de Alma Ata en 1978, se estableció la estrategia para alcanzar la meta “salud para todos en el año 2000”, por medio de la Atención Primaria de la Salud (APS); esta estrategia ayudó a superar los modelos biomédicos centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de la salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población (SSA, 2015).

La APS fue definida como: la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

En el año 2005, se realizó una Renovación de la APS aprobada por la OPS/OMS. En esta la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores (OPS & OMS, 2007).

## **Educación para la Salud**

A través de la educación para la salud se desarrollan actividades educativas-informativas que se hacen llegar a la población. Se desarrollan una serie de acciones que deben llevar a cabo para el autocuidado de la salud, haciendo énfasis en las ventajas de realizar estas acciones preventivas, así como las desventajas y sus consecuencias de no seguirlas; estas acciones no sólo se deben de realizar como una medida preventiva sino también durante todo el proceso de salud-enfermedad. El proceso educativo tiene como objetivo responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Un factor importante en la promoción de la salud es que se encuentre involucrada la comunidad para tomar decisiones sobre la asignación y uso de recursos,

identificar barreras que limiten el acceso a la salud, así como crear e impulsar políticas públicas saludables que permitan disponer y hacer uso de los recursos disponibles (Alvarenga, 2018).

La educación para la salud funge como un instrumento muy útil de la promoción de salud y, por tanto, como una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Es parte del proceso asistencial, que incluye la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

## **Niveles de Atención**

La prevención en el ámbito de la salud es una tarea que requiere de la participación colectiva de la población y de los diversos profesionales de la salud que intervienen a través de los tres niveles de atención. Entendamos como niveles de atención a una forma ordenada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011). El primer nivel de atención es donde se realiza el primer contacto, se resuelven las necesidades de atención básicas y más frecuentes a través de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación; el segundo nivel de atención se ubica en las instalaciones médicas hospitalarias y clínicas que brindan servicios de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría; el tercer nivel de atención se destina a la atención de problemas con poca prevalencia donde las patologías son complejas y requieren de procedimientos especializados y de alta tecnología (Vignolo et al., 2011).

La atención primaria forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud (del que constituye la función central y el núcleo principal), como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde

residen y trabajan las personas. Además, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (SNS, 2020).

Es importante precisar que la estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad, en el tercer nivel de atención médica. La APS no es sinónimo de primer nivel de atención, ni de prevención primaria.

La APS como estrategia, ofrece mejores oportunidades de atención en el diagnóstico y tratamiento de la DM II. Al acercar los servicios de salud a la población a través de clínicas pertenecientes al primer nivel de atención, se ha logrado con acciones de prevención y promoción de la salud, concientizar a la población sobre hábitos saludables en el autocuidado de su salud. Ésto, ha ayudado a la detección a tiempo de los primeros indicios de la enfermedad, aplicando acciones de cuidado que retrasen su aparición, o una vez, ya diagnosticada, que se brinde la terapia farmacológica correspondiente y el monitoreo del paciente. Cabe mencionar que las acciones dirigidas al cuidado de la DM II, se aplica en todos los niveles de atención.

Las acciones de educación para la salud dirigida a las personas con DM II, requieren de su participación, no solo como observadores, sino como actores que se involucren, en la transmisión y formación de acciones en beneficio de la comunidad en la que vive. El involucramiento de la comunidad, no solo es una forma de mostrar su interés con el autocuidado de su salud, también ayuda a recoger toda la serie de creencias culturales, aspectos sociodemográficos y determinantes de salud, que pudieran ayudar o limitar el acceso a las acciones de prevención y promoción de la salud, impactando en la salud de la misma comunidad.

## Capítulo IV

### Adherencia terapéutica

#### Adherencia

Para que se genere la recuperación y rehabilitación, es necesario que las personas se adhieran al tratamiento, lo cual requiere que se mantenga disciplinado con las recomendaciones hechas por el médico.

La adherencia se define como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2003)

En países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%; en contraste, esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, por lo que la falta de adherencia es un problema mundial de gran magnitud (OMS, 2003).

El incumplimiento al régimen terapéutico tiene múltiples consecuencias, tanto clínicas, como económicas derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observada en los pacientes no cumplidores (Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009).

Las causas del incumplimiento obedecen a varios factores que pueden terminar en un problema de adherencia. Existen cuatro razones relacionadas con el incumplimiento terapéutico:

1. Relacionadas con el paciente. La edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por no comprender (o hacerlo con

dificultad) las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer es otro factor asociado con la edad (Fernández, Barón, Vázquez, Martínez, Urendez & Pujol, 2006).

2. Relacionadas con el fármaco. La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo. Un factor importante que conduce al incumplimiento es la complejidad del régimen terapéutico del paciente, que produce asimismo un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. Por ello, la simplificación del tratamiento aumenta la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos. El costo, el incremento en el precio de los fármacos, así como el aumento del copago de los medicamentos financiados públicamente, origina un incremento en el gasto en medicamentos para el paciente y, por lo tanto, puede constituir una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico (Fernández et al., 2006).
3. Relacionadas con la enfermedad. En general las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas (Márquez, Gil, Casado, Martel, De la Figueroa & Martín de Pablos, 2006).
4. Relacionadas con el profesional de la salud. La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento (Márquez et al., 2006).

Para disminuir la incidencia de incumplimiento de apego terapéutico existen diversas estrategias como son: educativas, conductuales, de apoyo socio familiar, técnicas y las dirigidas a los profesionales de la salud, administración e industria farmacéutica. Las estrategias se muestran a detalle en la tabla 3.

Tabla 3  
*Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia*

Educativas	Información individualizada Oral (médico, enfermera, farmacéutico) Audiovisual Escrita Por teléfono Por correo Visitas a domicilio Sesiones educativas grupales
Conductuales	Desarrollo de habilidades Recompensa por la consecución de objetivos Asociación de la toma con una actividad diaria habitual Recuento de comprimidos Envases con blisters calendarios Calendarios de cumplimiento de medicación Pastilleros/contenedores de medicación Recordatorios telefónicos, postales o correo electrónico Seguimiento exhaustivo
Apoyo socio familiar	Programas de ayuda domiciliaria Terapia familiar Apoyo/consejo familiar Contrato familiar Grupos de apoyo
Técnicas	Dosis menos frecuentes Formulaciones de liberación controlada Fármacos en combinación a dosis fijas
Dirigidas al profesional de la salud, administración e industria farmacéutica	Educación dirigida al PS Monitorización del paciente Recordatorios para el médico Identificación de factores predictores Desarrollo de fórmulas galénicas

Nota. Recuperado de Haynes, McDonald & Garg. (2002). Ayudar a los pacientes a seguir tratamiento prescrito.



Para el tratamiento de enfermedades crónicas como la DM II (Dulmen, Sluijs, Van Dijk, De Ridder & Heerdink, 2007), es recomendable realizar una intervención educativa y hacer uso de material de instrucción que nos apoye a hacer más entendible el tratamiento para simplificar el régimen terapéutico (dosis menos frecuentes, formas de dosificación de liberación controlada), programar sesiones con grupos de apoyo, elaborar recordatorios de medicación y citas (manuales y/o asistidos por ordenador), adaptar la pauta de tratamiento a los hábitos de la vida cotidiana del paciente (desayuno, hora de acostarse), intervenciones de refuerzo y recompensa (reconocer explícitamente los esfuerzos del paciente por ser adherente), auto-monitorización con revisiones y refuerzos regulares con el médico, además del apoyo de los familiares. Lo anterior requiere de la colaboración de todos los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento, así como de la presencia de la red de apoyo más cercana del paciente que es la familia para conseguir el apego terapéutico requerido para mejorar su salud y así conseguir una mejor integración social que lo lleve a la normalización de su vida.

## **Integración social**

La integración social es definida por la Real Academia Española (2020), como la adaptación, inclusión social de determinadas personas o grupos que requieren la adopción de políticas públicas de ayuda o atención para que esté garantizado su acceso en condiciones de igualdad a los servicios públicos y, en general al disfrute de sus derechos. La integración, por lo tanto, es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad o cualquier tipo de enfermedad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población.

La integración social de las personas que tienen una enfermedad ya sea transmisible o no transmisible es indispensable para su rehabilitación, el cuidado de su salud mental y su estado cognitivo. Lo mismo sucede para el caso de la DM II, por lo que es importante que se involucren en la integración los profesionales de la salud, la familia, grupos de apoyo e instituciones o asociaciones especialistas en la enfermedad, ya que todos en conjunto brindan el soporte requerido para que se cumpla una mejor adherencia terapéutica y con ello una mejor integración social.

En 1989 la Federación Internacional de la Diabetes y la OMS, elaboraron la declaración de Saint Vincent (Vila, Viguera & Alemán, 2008), en la que se establecieron siete principios para mejorar la integración social de las personas con diabetes:

1. Eliminar obstáculos para la total integración del ciudadano diabético.
2. Promover la independencia, igualdad y autosuficiencia para todas las personas con diabetes.
3. Llevar a cabo medidas efectivas para prevenir complicaciones graves.
4. Elaborar, desarrollar y evaluar programas globales para la detección y control de la diabetes y sus complicaciones graves.
5. Organizar programas de entrenamiento y educación diabetológica para diabéticos de todas las edades, sus familias, amigos, compañeros de trabajo y equipos de salud.
6. Procurar que las familias diabéticas tengan el apoyo social, económico y psicológico necesario.
7. Promover la creación de centros especializados en el cuidado de la diabetes, su educación e investigación.

Para cubrir la integración de las personas con DM II se debe de tener en cuenta las influencias culturales, y la adaptación de la atención a las influencias de la familia, así como aquellas barreras que impidan tanto la adherencia como su integración a la sociedad.

La Guía de Diabetes y Trabajo desarrollada por la Fundación para la Diabetes (2014), indica que la integración en el ámbito laboral de las personas con DM II no debe de ser un impedimento, ni representar una desventaja en el desempeño, cuando habitualmente se controlan con tan solo normas de estilo de vida, la toma de antidiabéticos orales, la inyección de insulina y el control glucémico.

La importancia de un estilo de vida y hábitos saludables son parte esencial para la integración social en todos sus contextos, es por ello que el seguimiento de un estilo de vida y hábitos saludables, como del tratamiento de la diabetes, no sólo benefician en la integración, también mejoran la calidad de vida y la percepción integral de sentirse bien para cumplir metas y compromisos a corto y largo plazo, disminuyendo así la probabilidad que se presente depresión.

En suma un estilo de vida y hábitos saludables, generan una condición de bienestar, que auxilia a que se presente un estado de ánimo optimista, con una visión a futuro favorable, ayudando así que se disminuya la presencia de estímulos (situaciones o condiciones) que depriman a una persona con DM II.

Al registrarse una disminución en la depresión se espera que gradualmente haya una mejor adherencia al tratamiento y con ello, una mejoría en la calidad de vida. A mayor adherencia al tratamiento, mejor oportunidad de disminuir consecuencias crónicas propias de la enfermedad.

## Discusión

La atención a la población con DM II por medio de las diferentes instituciones de salud pública y privadas, es un reto que requiere de la participación activa de este sector de personas diagnosticadas. Se hace evidente que los resultados no son del todo positivos, a pesar de que se trabaja sobre una causa principal que es el sobrepeso y la obesidad para la prevención de la DM II (Panorama epidemiológico, 2018). Es también vital trabajar sobre los casos diagnosticados y disminuir las consecuencias crónicas, detectando las barreras que impiden la adherencia al tratamiento.

Después de realizar la revisión de diferentes investigaciones, se aprecia que todos los autores concluyen que la depresión es una barrera que afectan en el estado anímico de la personas con DM II como se había planteado al inicio de la investigación. Como consecuencia de ello se observa un bajo interés en el cuidado y mantenimiento de la salud (Colunga, et al., 2008).

Teniendo en cuenta que una barrera es una limitante que puede afectar a un sector de la población, en el libre acceso a los servicios de la salud. También tenemos aquellas barreras personales ligadas a una serie de creencias que sirven como razón para no seguir el tratamiento (Márquez et al., 2006).

Además de la depresión, existen otras razones que limitan la adherencia terapéutica (Fernández et al., 2006), dichos factores vistos en el tema de adhesión en el presente documento, no fueron contemplados por investigaciones previas revisadas para la elaboración del presente trabajo. Dichas investigaciones solamente se enfocaron en la depresión como un medio que limita la adherencia al tratamiento, pero no en las otras probables causas que también pueden afectar en la adherencia terapéutica.

Partiendo de lo anterior, existen ciertas deficiencias propias que se presentan en el primer contacto en los diferentes institutos de salud, sobre todo a nivel de la atención primaria, que es donde se concentra la mayor atención de la población y

donde comienza la cadena de inicio del diagnóstico de la enfermedad y su posterior tratamiento.

Uno de los problemas detectados es la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico (Márquez et al., 2006). Ante la falta de una comunicación asertiva, la información aportada por el profesional de salud, puede resultar confusa, reflejándose en un tratamiento que se aplica a medias y genera una mala experiencia y la sensación de que el tratamiento no funciona, y con ello, se genere una conducta de desconfianza no solo hacia el tratamiento, incluso hacía el profesional de la salud. Por ello es importante que el profesional de salud, tenga la habilidad de poder explicar a detalle el tratamiento, sin tecnicismos confusos y difíciles de interpretar por el paciente. Otro aspecto a considerar, es cuidar que el paciente que asiste a consulta, sienta en cada revisión de monitoreo, que importa como individuo y no como un objeto, por lo que el médico debe ser empático, atento y sensible a todo lo que el paciente puede informar sobre cómo se siente con el actual tratamiento, en la resolución de dudas que pudieran surgir por el uso de medicamentos y que pudieran presentar efectos adversos.

La importancia de una correcta alfabetización sanitaria y la formación de redes de apoyo, son parte esencial para aclarar dudas y obtener un sentido de identidad con aquellos participantes involucrados, que nutren con su experiencia las ventajas de seguir el tratamiento farmacológico y hábitos saludables que se reflejan en una mejor calidad de vida. La familia es un elemento importante de esas redes de apoyo, que debe de integrarse para fortalecer la adherencia terapéutica por lo que nunca debe de ser descartada, a menos que esta sirva más como un obstáculo que como un apoyo (Heredia & Pinto, 2008).

La desigualdad social es un problema en México que no se ha logrado erradicar y que impacta en el acceso y atención de la salud (Panorama Epidemiológico, 2018). Consideremos aquellos escenarios en los cuales las

personas ya manifiestan síntomas de la enfermedad pero no cuentan con un diagnóstico y mucho menos con un tratamiento, debido a las condiciones de pobreza en que viven, a la lejanía de un servicio de salud, la falta de información sobre la enfermedad, experiencias discriminatorias por parte de personal de salud, una mala experiencia con el profesional de la salud, el desabasto de medicamentos y el costo de transportación a una clínica cercana. Ante estas situaciones, la afectación de la enfermedad tiene mayor probabilidad de tener un desenlace crónico y el desarrollo de un trastorno depresivo que pudiera afectar más el rechazo al tratamiento y el impedimento de una integración social completa cuando se presentan los efectos crónicos de la enfermedad.

La investigación documental da validez al planteamiento de que la depresión influye en la falta de apego terapéutico y comprender los efectos negativos de su impacto en la salud. Se observa que existen otras razones que también limitan la adherencia terapéutica y que influyen en el desarrollo de un trastorno depresivo.

Conforme a la información revisada, es importante no solo identificar las barreras, sino también atenderlas, porque estas forman parte de las causas que desarrollan la depresión en una persona con DM II y que limitan su adherencia terapéutica. Por lo anterior, sugiero necesaria realizar una intervención longitudinal de tipo cognitivo conductual, en la que se trabaje la aceptación a la enfermedad, el compromiso en el autocuidado y adherencia al tratamiento, tomando en cuenta las variables sociodemográficas.

## Conclusión

La DM II es una problemática de salud con alta prevalencia que se ha posicionado como la segunda causa de mortalidad a nivel nacional, consecuencia de ello es un incremento en el gasto de salud por las consecuencias crónicas de la enfermedad.

Los trastornos depresivos impactan en la condición de las personas con diagnóstico de DM II, disminuyendo su capacidad para seguir un tratamiento médico. Se observa la presencia de una pérdida de interés en continuar el tratamiento, ante la incapacidad de no lograr prontamente los resultados deseados. Tal negativa se nutre de creencias e ideas que forman parte de la cultura y que envuelven en un mito a la enfermedad.

Para contrarrestar los problemas de adherencia terapéutica es necesario identificar aquellas razones que sirven de barrera, por lo que es indispensable realizar en cada caso concreto la identificación de las mismas.

El acercamiento con las personas diabéticas a través de las instituciones de salud donde se atienden, debe de realizarse en un entorno de respeto, certeza y seguridad que propicie la confianza en los profesionales de la salud.

La explicación del diagnóstico y el curso de la enfermedad deben de explicarse detalladamente por parte de los profesionales de la salud que intervienen, de forma sencilla y entendible, siempre cuidando atender todas aquellas dudas que surjan acerca del tratamiento, contemplando si resulta necesario canalizar a redes de apoyo existentes para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, asegurando una mejor experiencia y con ello el éxito del tratamiento.

Las diversas redes de apoyo privadas y de orden público son un soporte para la educación en la salud, brindando el apoyo necesario cuando las condiciones de desigualdad social limitan el acceso a la información o a un tratamiento.

La familia es la red de apoyo más cercana en la atención de la enfermedad, brinda el respaldo necesario que requiere una persona con DM II. La familia genera las condiciones en las que descansa la confianza y el ímpetu de seguir adelante en paralelo con las indicaciones terapéuticas que engloban el tratamiento.

Entre los servicios de atención en todos sus niveles, encontramos los dirigidos a la educación para la salud, que tienen el objetivo de mejorar la alfabetización sanitaria de los profesionales de la salud que intervienen, de las personas diagnosticadas con la enfermedad y el público en general, generando una conciencia pública del autocuidado y responsabilidad de su salud.



## Referencias

Aliseda, D. & Berástegui, L. (2008). *Retinopatía diabética*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 31(3), 23-34. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272008000600003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600003&lng=es&tlng=es).

Alvarenga, E. (2018). *Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad*. Unidad de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las ENT Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles. Gobierno de El Salvador. Recuperado de [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2018\\_presentaciones/presentacion28062018/PROMOCION-DE-LA-SALUD-Y-PREVENCIÓN-DE-LA-ENFERMEDAD.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2018_presentaciones/presentacion28062018/PROMOCION-DE-LA-SALUD-Y-PREVENCIÓN-DE-LA-ENFERMEDAD.pdf)

Andrade, A. (2019). *México ocupa el 9° lugar mundial en diabetes*. Boletín UNAM 305. Recuperado de [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_305.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_305.html)

Antúnez, M & Bettioli, A. (2016). *Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna*. Acta médica colombiana. 41(2): 102-110. Venezuela.

Asociación Americana de Diabetes. (2019). *Clasificación y diagnóstico de la diabetes: estándares de atención médica en Diabetes*, 42(1), 513-528.

Asociación Mexicana de Diabetes. (2016). *Principales tipos de diabetes*. Recuperado de <http://amdiabetes.org/>

APA (2013). *Depresión y Proceso de Duelo*. DSM-V. Editorial. Médica Panamericana.

Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(3), 163-176. Recuperado en 24 de abril de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es).

Cisneros, N., Ascencio, IJ., Libreros, VN., Rodríguez, H., Campos, Á., Dávila, J., Kumate, J. & Borja, VH. (2016). *Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes*. Rev Med Inst Mex Seg Soc 54(4), 472-9. Recuperado de [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/388/860](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/388/860)

Colunga, C., García, JE., Salazar, JG. & Ángel, M. (2008). *Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México*. 2005. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 137-149. Recuperado en Abril 23, 2020, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100013&lng=en&tlng=es).

De los Ríos, Barrios, Ávila. (2004). *Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía*. Revista médica IMSS.

Dilla, T., Valladares A., Lizán, L. & Sacristán, JA. (2009). *Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora*. Atención Primaria, 41(6), 342-348. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504?referer=buscador>

Fernández, LC., Barón, B., Vázquez, B., Martínez, T., Urendes, JJ. & Pujol, E. (2006). *Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados*. Farm Hosp. 30, 280–3

Federación Mexicana de Diabetes. (2015). *10 Mitos y realidades de la diabetes*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/10-mitos-y-realidades-de-la-diabetes/>

Fundación para la Diabetes. (2014). *Guía de Diabetes y Trabajo*. Asociación de Diabéticos de Madrid, 29-31. Madrid. IBERMUTUAMUR. Recuperado de <https://diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2017/07/guia-de-diabetes-y-trabajo.pdf>

Gamo, E. & Pazos, P. (2009). *El duelo y las etapas de la vida*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29(2), 455-469. Recuperado en 26 de abril de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200011&lng=es&tlng=es).

Garduño, EJ., Téllez, ZJ. & Hernández, RL. (1998). *Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2*. Rev. Invest clínica, 50(4), 287-291.

Gómez, M. (2004). *La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones.

González, AK., Arce, MC. & Zarza, SS. (2017). *Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior*. Revista electrónica de psicología Iztacala, 20(1), 34-55. Recuperado de <https://ru.iztacala.unam.mx/items/show/459>.

Haynes, RB., McDonald, HP. & Garg, AX. (2002). *Ayudar a los pacientes a seguir tratamiento prescrito: aplicaciones clínicas*. JAMA. 288:2880-3.

Heredia, JP. & Pinto, B. (2008). *Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico*. AJAYU, 4(1), 22-39. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n1/v6n1a2.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. México.

ISSSTE. (2016). *Programas de apoyo a pacientes con diabetes*. Recuperado de <https://www.gob.mx/issste/articulos/nuestros-programas-de-apoyo-a-pacientes-con-diabetes>

Linares J. & Campo C. (2000). *Tras la honorable fachada los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona España: ed. Paidós.

Márquez, E., Gil, V., Casado, JJ., Martel, N., De la Figuera, M. & Martín, JL. (2006). *Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005*. Atención Primaria. 38, 325–32.

Martínez, M. (2018). *Conceptos de salud pública*. En *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un manual para ciencias de la salud* (pp. 9-13). España: ELSEVIER.

Meza, EG., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 13(1), 28-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

Montes, R., Oropeza, R., Pedroza, FJ., Verdugo, JC. & Enríquez, JF. (2013). *Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. En-claves del pensamiento*, 7(13), 67-87. Recuperado en 23 de abril de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2013000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2013000100004&lng=es&tlng=es).

Navarro J. (2004). *Enfermedad y familia manual de intervención psicosocial*. Barcelona España: ediciones Paidós Ibérica S. A.

NOM. (2010). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. NOM-015-SSA2-2010. Diario Oficial de la Federación, México.

OPS/OMS. (2005). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 1: Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud*. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Recuperado de [www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf)

OPS/OMS. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Adherencia a las terapias a largo plazo: evidencia para la acción*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Datos y cifras: Diabetes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Informe mundial sobre la diabetes*. Ginebra, Suiza. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1&isAllowed>.

Pangrazzi A. (1993). *La pérdida de un ser querido: Un viaje dentro de la vida*. Madrid. Paulinas.

Panorama Epidemiológico (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Observatorio mexicano de enfermedades no transmisibles (OMENT) y Secretaria de salud. Recuperado de [http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/Panorama\\_OMENT\\_2018.pdf](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/Panorama_OMENT_2018.pdf)

Real Academia Española (2020). *Definición de integración social*. Recuperado de <https://dej.rae.es/lema/integraci%C3%B3n-social>

Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríquez, RM. & Román, J. (2011). *Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Salud en tabasco*, 17(1-2), 30-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>

Riveros, A. (2005). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. *International journal of clinical and health psychology* 5(3), 445-462.

Rojas, E., Molina, R. & Rodríguez, C. (2012). *Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus*. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1), 7-12. Recuperado en 24 de abril de 2020, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=es&tlng=es).

Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad, y discapacidad*. Barcelona España: editorial Gedisa.

Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: DEBOLSILLO. Recuperado de <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH07f6.dir/doc.pdf>

Secretaria de Salud. (2015). *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*. Consultado el 5 de enero de 2020 de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro\\_03.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf)

Secretaria de Salud. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>

Secretaría de Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)

Secretaría de Salud. (2018). *Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica*. Dirección General de Epidemiología. México.

Torres, G., Andrade, A., Espinoza, F. & Cárdenas, R. (2020). *Inhibición de la producción de glucosa hepática por plantas mexicanas utilizadas en el tratamiento de la diabetes tipo 2*. *Fronteras en farmacología*. 11.

Ugarte, F. & Carranza, C. (2002). *Nefropatía Diabética*. *Revista chilena de pediatría*, 73(5), 455-460. Doi <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000500002>

Valenzuela, T. (2006). *Herramientas de Comunicación para el desarrollo de entornos saludables*. Washington. OPS/OMS. P 248.

Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R. & Bensing J. (2007). *Adhesión del paciente al tratamiento médico: una revisión de comentarios*. *BMC Health Serv Res*. 7:55

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 26 de abril de 2020, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).

Vila, L., Viguera, J. & Alemán R. (2008). *Declaración de Saint Vincent. Retinopatía diabética y ceguera en España*. Epidemiología y prevención. Endocrinología y Nutrición. ELSEVIER, 55(10), 459-475. Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-articulo-especialdeclaracion-saint-vincent-retinopatia-13130225>