

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON BAJA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO**

ANA MARÍA ANGULO GARCÍA-HERREROS

PAULA ANDREA ORTÍZ AMAYA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2007

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON BAJA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO**

ANA MARÍA ANGULO GARCÍA-HERREROS

PAULA ANDREA ORTIZ AMAYA

Trabajo de grado:

En la modalidad de proyecto de grado para optar al título de Psicólogas

Directora:

PhD. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2007

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

Fecha: _____

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pontificia Bolivariana, especialmente a la Facultad de Psicología.

A la Dra. Diana María Agudelo Vélez, nuestra asesora, por habernos guiado y acompañado en el proceso para alcanzar este logro tan anhelado.

A las instituciones que nos abrieron sus puertas en pro de la investigación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético.

A los pacientes, quienes gracias a su participación pudimos cumplir con los objetivos trazados.

Ana María Angulo García-Herreros y Paula Andrea Ortiz Amaya

Doy gracias a Dios, por regalarme la vida y las herramientas necesarias para la culminación de este proyecto. A mis padres y hermanos, por su amor incondicional, su ejemplo a seguir, su constante apoyo y por sus sabios consejos en momentos de angustia e incertidumbre.

A Andrés Fernando, por haber estado a mi lado y no dejarme caer. A Diego, Luisa, Silvia y María Alexandra por ser mis amigos y mi apoyo incondicional aun en la distancia. A Paula por ser mi compañera en este proyecto, pero sobre todo por ser mi amiga, por su dulzura y por su entrega incondicional.

Ana María Angulo García-Herreros

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, fortaleciendo mi corazón, iluminando mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía. A mi mamá y a toda mi familia ya que sin su apoyo, fortaleza y esfuerzo mis estudios no hubiesen sido posibles. A mi amiga y compañera de trabajo Ana Maria, por permitirme compartir esta experiencia con ella. A mis amigas y amigos quienes de una u otra forma contribuyeron en este trabajo y fueron mi apoyo en momentos de angustia y desesperación por eso gracias Dianita, Enana, Tucha, Pollo, Eve, Claudia y tantos otros por nombrar. A mi novio por su amor, paciencia y apoyo.

Paula Andrea Ortiz Amaya

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVOS	19
4.1. Objetivo General	19
4.2. Objetivos Específicos	19
5. MARCO CONCEPTUAL	20
5.1. Psicología de la salud y diabetes	20
5.1.1. Historia y definición de la diabetes	22
5.1.2. Clasificación de la diabetes	25
5.1.3. Sintomatología asociada a la diabetes	27
5.1.4. Complicaciones asociadas a la diabetes	29
5.1.4.1. Complicaciones agudas	29
5.1.4.2. Complicaciones crónicas	30
5.1.5. La Diabetes como enfermedad crónica	32

5.1.6 Tratamiento de la diabetes	36
5.2 Adhesión al tratamiento y factores asociados	39
5.2.1 Adhesión al tratamiento	39
5.2.2 Conductas frente a la Enfermedad	43
5.2.3 Calidad de vida	48
5.2.4 Afrontamiento y enfermedad	51
5.2.4.1 Concepto de afrontamiento	51
5.2.4.2 Rasgos y estilos de afrontamiento	53
5.2.4.3 El afrontamiento como proceso	54
6. HIPÓTESIS	64
7. MÉTODO	65
7.1. Tipo de Investigación	65
7.2. Muestra	65
7.3. Instrumentos	65
7.4. Procedimiento	72
8. RESULTADOS	72
9. DISCUSIÓN	114
10. CONCLUSIONES	124

11. RECOMENDACIONES	126
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ficha Técnica del Cuestionario Illness Behavior Questionnaire IBQ	66
Tabla 2. Estados de salud según las puntuaciones en la escala SF36.	68
Tabla 3. Ficha Técnica del Cuestionario de Salud SF36	69
Tabla 4. Ficha Técnica del Cuestionario Escala de Estrategias de Doping- Modificada EEC-M	70
Tabla 5. Ficha Técnica del Cuestionario Conocimiento sobre Diabetes y su Tratamiento.	71
Tabla 6. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario Illness Behavior Questionnaire IBQ diferenciado por sexo (n=50).	74
Tabla 7. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario de Salud SF36 diferenciado por sexo (n=50).	76
Tabla 8. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) diferenciado por sexo (n=50).	80
Tabla 9. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario Conocimiento sobre diabetes y su tratamiento diferenciado por sexo (n=50).	84
Tabla 10. Prueba T d student para muestras independientes en el cuestionario	

Illness Behavior Questionnaire IBQ diferenciado por sexo (n=7) Pre-test y Post-test.	92
Tabla 11. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario de Salud SF36 diferenciado por sexo (n=7) Pre-test y Post-test.	97
Tabla 12. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) diferenciado por sexo (n=7) Pre-test y Post-test.	104
Tabla 13. Prueba T de student para muestras independientes en el cuestionario Conocimiento sobre diabetes y tu tratamiento diferenciado por sexo (n=7) Pre-test y Post-test.	110

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Frecuencias cuestionario Illness Behavior Questionnaire IBQ	75
Grafico 2. Frecuencias cuestionario de Salud SF36	78
Grafico 3. Frecuencias cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M)	83
Grafico 4. Frecuencias cuestionario Conocimientos sobre diabetes y su tratamiento.	87
Grafico 5. Pre-test Frecuencias cuestionario Illness Behavior Questionnaire IBQ	96
Grafico 6. Post-test Frecuencias cuestionario Illness Behavior Questionnaire	96

IBQ

Grafico 7. Pre-test Frecuencias cuestionario de Salud SF36	100
Grafico 8. Post-test Frecuencias cuestionario de Salud SF36	100
Grafico 9. Pre-test Frecuencias cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M)	108
Grafico 10. Post-test Frecuencias cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M)	108
Grafico 11. Pre-test Frecuencias cuestionario Conocimientos sobre diabetes y su tratamiento	111
Grafico 12. Post-test Frecuencias cuestionario Conocimientos sobre diabetes y su tratamiento.	111

ANEXOS

Anexo 1. Cuadernillo de cuestionarios: Cuestionario de conductas de enfermedad (Illness Behavior Questionnaire-IBQ) (Ballester y Botella, 1991); Cuestionario de salud SF 36 (Alonso, Prieto y Antó, versión Española, 1995; Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006);

Cuestionario conocimiento sobre Diabetes y su tratamiento (Contreras, 2007). 134

Anexo 2. Programa de intervención psicológica para pacientes diabéticos con
baja adhesión al tratamiento. 157

Anexo 3. Plegables. 193

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON BAJA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Este estudio tuvo como objetivo general implementar un programa de intervención dirigido a modificar los factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento. Para evaluar los factores se aplicaron los cuestionarios conductas sobre la enfermedad IBQ, cuestionario de salud SF36, escala de estrategias de coping-modificada EEC-M y cuestionario sobre diabetes y su tratamiento a 50 pacientes, 14 pertenecientes a la Fundación Oftalmológica de Santander *Clinica Carlos Ardila Lülle-FOSCAL*- cuyo criterio de selección fue la glicemia pre con un valor igual o mayor a 165 mg/dl y dos o más inasistencias a control médico; y 36 pacientes pertenecientes a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad – FUSANDE, cuyo criterio de selección fue el examen de hemoglobina glicosilada con un valor igual o mayor al 7%. La muestra estuvo conformada por 18 hombre (36%) y 32 mujeres (64%) cuyo rango de edad fue de 28 y 88 años, con una media de 62,59 años y una desviación típica de 13,0. La sub-muestra es decir, con quienes se realizó el programa fue de 7 pacientes pertenecientes a FUSANDE, conformada por 2 hombres (28,6%) y 5 mujeres (71,4%) cuyo rango de edad fue de 58 y 86 años, con una media de 67,86 y una desviación típica de 8,93. Se evidenció que los factores psicológicos relacionados con la baja adhesión fueron los relacionados con la información sobre la diabetes en general, la negación de problemas, la búsqueda de apoyo social, la expresión de la dificultad de afrontamiento y la presencia de rasgos depresivos; por otro lado no se evidenció deterioro en la calidad de vida de los pacientes, exceptuando en el componente dolor corporal.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, adhesión al tratamiento, intervención psicológica, calidad de vida.

IMPLEMENTATION OF A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM FOR DIABETIC PATIENT WITH LOW ADHESION TO THE TREATMENT

The aim of this study was to implement an intervention program directed to modify the psychological factors associated with the low adherence to the treatment. To evaluate these factors the follow questionnaires were applied: Illness Behavior Questionnaire IBQ, health SF36, scale of strategies of coping-modified EEC-M and diabetes in general. It was applied to a sample of 50 patients; 14 belonging to the Foundation ophthalmologic of Santander Carlos Ardila Lülle-FOSCAL- a clinic whose criteria for selection were the glycemia pre with an equal or greater value of 165 mg/dl and two or more absences to the checks; and 36 patients belonging to the Foundation Santandereana of Diabetes and Obesity – FUSANDE, whose criterion for selection was the exam of haemoglobin glicosilada with an equal or greater value of 7%. The sample was conducted on 18 men (36%) and 32 women (64%) whose age range was 28 to 88 years, with a statistical average of 62.59 years and a standard deviation of 13.0. A sub-sample was used, which consisted of 7 patients belonging to FUSANDE; 2 men (28.6%) and 5 women (71.4%) whose age range was 58 and 86

years, with a statistical average of 67.86 and a standard deviation of 8.93. It was showed that the psychological factors related to the low adhesion were related to the information on the diabetes in general, the negation of problems, the search of social support, the expression of the difficulty of confrontation and the presence of depressive characteristics; on the other hand did not show deterioration in the quality of life of the patients, excepting in the component corporal pain.

Words Key: Diabetes mellitus, adhesion to the treatment, psychological intervention, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

Al realizar la lectura de la presenta investigación, en primera instancia se evidencia una preocupación alarmante sobre el crecimiento de la diabetes a nivel mundial y regional maximizándose la necesidad de trabajar en pro de la concientización del individuo en la adopción de un papel activo en la adhesión al tratamiento, lo cual traerá beneficios tales como el retraso y/o minimización de complicaciones, disminución en el desarrollo de enfermedades asociadas y un mejoramiento en la calidad de vida. A partir de esta preocupación mundial por el aumento en los niveles de la diabetes, surge el interés por parte de los profesionales en el área de la psicología de lograr intervenir y/o aportar en el proceso de la adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos, presentándose la siguiente pregunta: ¿Pueden ser modificados mediante un programa de intervención los factores psicológicos asociados con baja adhesión al tratamiento?

En segunda instancia se encuentra el marco conceptual, el cual está conformado por temas como psicología de la salud y diabetes, historia y definición de la diabetes, clasificación de la diabetes, sintomatología asociada y complicaciones asociadas a la diabetes, la diabetes como enfermedad crónica, tratamiento de la diabetes, adhesión al tratamiento, calidad de vida, conductas frente a la enfermedad y estrategias de afrontamiento; este marco conceptual permitió proponer dos hipótesis que sirvieran para dar una respuesta tentativa a lo que se planteó en la pregunta de investigación.

El interés del estudio era identificar factores asociados con la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos e implementar un programa de intervención psicológica que permitiera modificar estos factores, razón por la cual se trabajó con una muestra de 50

pacientes, 14 pertenecientes a la Fundación Oftalmológica de Santander *Clínica Carlos Ardila Lülle-FOSCAL*- cuyo criterio de selección fue la glicemia pre con un valor igual o mayor a 165 mg/dl y dos o más inasistencias a control médico; y 36 pacientes pertenecientes a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad – FUSANDE, cuyo criterio de selección fue el examen de hemoglobina glicosilada con un valor igual o mayor al 7%. La sub-muestra es decir, con quienes se realizó el programa fue de 7 pacientes pertenecientes a FUSANDE, conformada por 2 hombres (28,6%) y 5 mujeres (71,4%) cuyo rango de edad fue de 58 y 86 años, con una media de 67,86 y una desviación típica de 8,93.

El estudio se realizó utilizando el Cuestionario de Salud SF36 (*Alonso, Prieto y Antó versión Española, 1995*) para evaluar el estado de salud; el Cuestionario de conductas de enfermedad (Illness Behavior Questionnaire -IBQ) (Ballester y Botella, 1991) para explorar actitudes y sentimientos sobre la enfermedad; el Cuestionario conocimiento sobre diabetes y su tratamiento (Contreras, 2007) y la Escala de Estrategias de coping modificada EEC-M (Londoño et al.,2006) para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza cada paciente frente a las diferentes situaciones problema. La evaluación se realizó pre y post administración del programa definido según los resultados de la evaluación inicial. Dentro de los análisis que se realizaron se encuentran la prueba T de student para muestras independientes y las frecuencias. Los resultados se encuentran plasmados en las tablas que resumen toda la información necesaria para realizar la discusión de los resultados de la investigación.

El programa constó de 6 sesiones individuales y grupales donde se abordaron los siguientes temas: educación en diabetes, estrategias de afrontamiento a través de los temas

solución de problemas enfocado a trabajar la negación de los mismos, expresión de la dificultad de afrontamiento, búsqueda de apoyo social y habilidades sociales.

Finalmente se encuentran las conclusiones y recomendaciones que servirán como referencia para próximas investigaciones; con la finalidad de dar un aporte en el manejo de los factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos, constituyendo así una forma de promoción de la calidad de vida y prevención de la diabetes que se está convirtiendo en un gran problema de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

Las razones que articulan el eje central de este trabajo, están relacionadas principalmente, con la preocupación evidenciada en muchas investigaciones alrededor de los problemas que presentan las personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que éstas son de duración permanente y exigen cambios significativos en los hábitos de los individuos debido a las demandas del tratamiento como son: la duración, el costo y la constancia entre otros. Las personas con enfermedades crónicas se enfrentan a procesos continuos en los que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital; en respuesta a esto, se espera que exista un apoyo social y emocional el cual le va a permitir al individuo no experimentar excesivos sentimientos de pérdida y a la vez dar una mejor utilización a los recursos de los que dispone para enfrentar todos los cambios que trae consigo la enfermedad.

Entre las enfermedades crónicas, se encuentra la Diabetes Mellitus. En Santander estudios realizados por el Observatorio de Salud Pública mostraron una fuerte presencia de la enfermedad en los 20 municipios del departamento. En el 2005 las prevalencias más

altas en diabetes se presentaron en Guavatá con el 12,42%, Socorro con un 8,95%, Barrancabermeja con un 6,47%, Jesús María con el 6,11% y Coromoro con el 5,83%. Adicionalmente se encontró que la proporción de adultos con Diabetes Mellitus diagnosticada que recibe tratamiento es sólo del 59,6%. Asimismo las muertes por diabetes en mujeres entre los 45 y 65 años de edad fueron del 8,5% constituyendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas y en mujeres entre los 65 años o más fueron del 8,3% (Observatorio de Salud Pública de Santander, 2006).

Por su parte La Federación Internacional de Diabetes indica que la enfermedad afecta cerca de 246 millones de personas en el mundo, con el 46% de todos los afectados entre los 40 y los 59 años. Se predice que el número de casos dentro de 20 años, de no tomar medidas alcanzará los 380 millones, razón por la cual la diabetes está siendo considerada como una de las mayores catástrofes sanitarias que jamás se haya visto el mundo, pudiendo llegar a desbordar los recursos sanitarios de no realizar acciones preventivas por parte de los gobiernos (FID, 2006).

Aparte de estas dos preocupaciones, otra problemática que se relaciona con la enfermedad es la baja adhesión al tratamiento, la cual, inevitablemente, incrementa las complicaciones propias de la misma. La adhesión al tratamiento actualmente es un tema muy investigado, al considerarse un factor fundamental a la hora de lograr que el sujeto adopte comportamientos y actitudes que generen cambios positivos durante su convivencia con la enfermedad. Autores como Villa y Vinaccia, (2006) plantean la adhesión al tratamiento como una participación activa y voluntaria del sujeto de mutuo acuerdo para llegar a un resultado terapéutico deseado; Ortiz y Ortiz (2005), por su parte indican que la adhesión al tratamiento depende de factores psicológicos, socioeconómicos y demográficos además del tipo de diabetes y otro componente como las creencias (qué sabe de la

enfermedad), los motivos (sentimientos y necesidades a partir de la enfermedad) y las acciones (habilidades y destrezas para realizar adecuadamente el tratamiento). A su vez, Silva y Guzmán (2006) plantean que la adhesión al tratamiento se puede ver limitada por barreras como la modificación en el estilo de vida, la ausencia de síntomas, la aparición de complicaciones asociadas, la ausencia de beneficios, la práctica médica y la ausencia de habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento.

En conclusión la adhesión al tratamiento implica una serie de acciones dirigidas hacia el autocuidado, mediante un adecuado acompañamiento interdisciplinario que le permita al sujeto enfrentar y realizar las diferentes modificaciones en su estilo de vida, siendo fundamental que este comprenda que un tratamiento adecuado y oportuno y un control estricto de la glucosa, pueden evitar o retardar la aparición de las complicaciones propias de la enfermedad que a lo largo de los años van deteriorando el organismo de manera silenciosa trayendo como consecuencia la retinopatía, neuropatía, gastroenteropatía, complicaciones vasculares e inmunológicas, daño en los nervios, disfunción eréctil, ceguera y amputaciones entre otras, que de no ser detectadas a tiempo pueden acabar con la vida del individuo (Espitia y Barrios, 2000; Fortich, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental realizar una intervención multidisciplinaria, que prevenga y promueva una actitud responsable frente a la enfermedad; la cual se verá evidenciada en la disminución de complicaciones médicas, disminución de ingresos a la clínica, menor desarrollo de enfermedades asociadas a la enfermedad y por consiguiente una mejoría en la calidad de vida.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Federación Internacional de Diabetes ha publicado nuevos datos que indican que cerca de 246 millones de personas viven con esta enfermedad y que de no tomarse las medidas necesarias dentro de 20 años se alcanzarán 380 millones de personas con diabetes, razón por la cual está siendo considerada como una de las mayores catástrofes sanitarias (FID, 2006). Frente a este problema, se están realizando varias investigaciones en las cuales uno de los temas de estudio es la adhesión al tratamiento, factor fundamental a la hora de lograr que el sujeto adopte comportamientos y actitudes que generen cambios positivos durante su convivencia con la enfermedad. Autores como Ortiz y Ortiz (2005), indican que la adhesión al tratamiento depende de factores psicológicos, socioeconómicos y demográficos además del tipo de diabetes y otros componentes como las creencias (qué sabe de la enfermedad), los motivos (sentimientos y necesidades a partir de la enfermedad) y las acciones (habilidades y destrezas para realizar adecuadamente el tratamiento). Es precisamente por esto, que surge la necesidad por parte de los profesionales en el área de la psicología de intervenir frente a los factores que inciden en el proceso de la adhesión al tratamiento en los pacientes diabéticos por lo cual surge la siguiente pregunta: ¿Pueden ser modificados mediante un programa de intervención los factores psicológicos asociados con la no adhesión al tratamiento?

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo General

Implementar un programa de intervención dirigido a modificar los factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar los factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos.

Diseñar un programa de intervención que permita modificar los factores psicológicos relacionados con la baja adhesión al tratamiento.

Realizar una prueba piloto de aplicación del programa de intervención para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento.

Evaluar el impacto del programa de intervención para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Psicología de la salud y diabetes

La psicología de la salud se desprende de la psicología, y su propósito es analizar los comportamientos y estilos de vida que afectan la salud de los individuos. Según Matarazzo, (1994, citado por Brannon y Feist, 2001) la psicología de la salud aparece formalmente en 1978, cuando la Asociación Psicológica Americana APA, crea la división 38, dedicada a la psicología de la salud, como una organización científica, educativa y profesional para aquellos psicólogos que estén interesados en áreas situadas en todo aquello que conecta a la medicina y a la psicología.

La psicología de la salud incluye contribuciones a la mejora de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de condiciones que afectan a la salud, diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades crónicas y modificación de factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica e implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física,

como la tensión arterial, el control del colesterol, la disminución del estrés, el alivio del dolor, el abandono del consumo del tabaco y la moderación de comportamientos de riesgo, al tiempo que potencia la práctica regular de ejercicio, los chequeos médicos y los comportamientos seguros. Es importante destacar que el campo de estudio de la Psicología de la salud según Seligson, et al. (1993, citados por Reynoso y Seligson, 2005) es multidisciplinario por naturaleza.

Actualmente la psicología de la salud, está comenzando a emerger como una profesión específica, y su crecimiento se ha visto influenciado por aspectos como la insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad, la importancia que tomó la calidad de vida y la prevención de enfermedades y el cambio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico degenerativas como principal causa de muerte, permitiendo dirigir la atención a los estilos de vida saludables y el aumento en la investigación de estos fenómenos.

La psicología de la salud interviene en varios aspectos relacionados con la salud; estos son la realización de investigaciones que pretenden modificar el estilo de vida para prevenir enfermedades, el diseño y aplicación de programas de intervención para modificación de conductas que contribuyen a la enfermedad, la realización de procesos de intervención dirigidos al prestador del servicio de la salud con el fin de mejorarlo, una contribución a una mayor adherencia terapéutica mediante el diseño y la aplicación de programas y la prevención de algunas enfermedades crónico degenerativas mediante el diseño y desarrollo de programas. Sin embargo, es necesario aclarar que en la psicología de la salud es fundamental la prevención, la cual permite establecer programas en poblaciones en riesgo, ya que muchas enfermedades pueden prevenirse al modificarse los

patrones de respuesta de cada individuo, teniendo en cuenta que muchas de las muertes son el resultado del comportamiento y el estilo de vida de los individuos.

Según Reynoso y Seligson (2005) la prevención se divide en cuatro tipos, *la prevención primaria*: la cual consiste en intervenciones para prevenir enfermedades mediante vacunas, cambios conductuales y medioambientales etc.; *la prevención secundaria*: que es una intervención temprana que puede incluir tratamiento para una enfermedad y sirve para disminuir su gravedad por ejemplo la detección temprana de cáncer; y finalmente *la prevención terciaria*; esta busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual el problema se incluya en la medicina clínica como un régimen dietético o insulínico para pacientes con diabetes y finalmente, *la prevención cuaternaria*: que busca, mediante la rehabilitación, disminuir el deterioro después del tratamiento de la enfermedad, reduciendo al máximo la incapacidad o incrementando las habilidades de afrontamiento, como terapia física o de lenguaje.

En conclusión, la psicología de la salud contribuye al mantenimiento y mejoramiento de la salud, mediante el desarrollo y la aplicación de técnicas para modificar comportamientos que han estado implicados en el desarrollo de las enfermedades crónicas, comprometiéndose en el mantenimiento de la salud de la gente antes de esperar a tratarlos una vez que están enfermos; el desarrollo de instrumentos para evaluar factores relacionados con la salud y la enfermedad y la utilización de modelos teóricos para explicar y predecir comportamientos asociados a la salud y a la enfermedad.

5.1.1 Historia y definición de la diabetes

La diabetes es una enfermedad que como todas, presenta síntomas, tipos, consecuencias y tratamientos; pero para poder hablar de esto, es primordial hacer un recorrido por la historia y saber como fue su aparición. Según Gaitán (1989), la primera descripción de esta enfermedad data del año 1.500 A.C., en el papiro de Ebers, que señala como característica principal la inundación de orina. Los hindúes la describieron como una alteración de la orina con sabor a caña o a miel emitida en grandes cantidades. Sustrata, médico hindú, describió un tipo de enfermos que adelgazaban quedando extenuados, sin fuerzas, atormentados por la sed, y que desalojaban grandes cantidades de orina, la cual atraía a moscas y perros debido a su característico sabor a miel.

Por otro lado, según Díaz Nieto (1996, citado por Silva y Guzmán, 2006) el término *diabetes* significa “sifón” y alude, claramente, al exagerado volumen de orina que se expulsa. La aparición de dicho término se atribuye a Areteo de Capadocia en Grecia 100 A.C, la palabra *mellitus* (relativo a la miel) describe el sabor dulce de la orina y distingue a esta enfermedad de la diabetes insípida, en el cual se produce también mucha orina, pero sin sabor, trastorno poco común y que no tiene relación con la *diabetes mellitus*. En 1775, Dobson encontró que la presencia de azúcar en la orina explicaba el sabor dulce antes mencionado. Según Silva y Guzmán (2006) un descubrimiento fundamental, realizado por Von Mering y Minkowski hace más de 100 años, en 1889, fue que la extirpación del páncreas en el perro producía un cuadro muy parecido a la diabetes mellitus del ser humano. En las siguientes décadas se hicieron numerosas investigaciones sobre este órgano, que culminaron en 1921, cuando Frederick Grant Banting, y Charles Herber Best ambos médicos canadienses, demostraron que la enfermedad obedecía a la insuficiente producción de una hormona pancreática de naturaleza proteica a la que se le dio el nombre

de *insulina*, es decir *sustancia de las islas o los islotes*, ya que es producida en unos conjuntos celulares que se encuentran rodeados por células comunes del páncreas Barnett y Owens, (1988, citados por Silva y Guzmán, 2006). Así mismo, el hallazgo de la insulina cambió de manera radical el tratamiento de las personas que padecían diabetes, que hasta entonces sólo consistía en una dieta pobre en azúcares, recomendada desde 1800, y que si bien era efectiva en muchos casos, no daba resultado en todos los pacientes. En 1962, Abel logró cristalizar la hormona pancreática y Sanger identificó la secuencia de los aminoácidos que la componían; en 1965, Katsoyannis consumó la síntesis química de la insulina y en años recientes se ha logrado su producción en cultivos de microorganismos modificados con tal propósito (Díaz Nieto 1996, citado por Silva y Guzmán, 2006). Actualmente, según Polaino Lorente y Roales Nieto (1990, citados por Silva y Guzmán 2006) la insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas y es la encargada de regular los niveles de glucosa en sangre.

Según Kumar, Abbas y Fausto (2005) la diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos con la hiperglucemia como característica; describen la hiperglucemia como una consecuencia de la producción o acción de la insulina. Cuando esta hiperglucemia se torna crónica se producen lesiones principalmente en los riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos. Polaino Lorente y Roales Nieto, (1990, citados por Silva y Guzmán, 2006) explican la diabetes mellitus como un trastorno del metabolismo donde el organismo es incapaz de transformar la glucosa en energía útil por una alteración en la secreción de insulina, la consecuencia inmediata es la hiperglucemia o exceso de glucosa en sangre.

En personas con predisposición a la enfermedad (con antecedentes familiares) algunas de las principales causas asociadas son: obesidad, vida sedentaria, comidas con

excesos de carbohidratos, consumo excesivo de alcohol, uso de medicamentos hiperglicemiantes, y estrés físico y psicológico, entre otros (De León y Barrios, 2000).

Por otro lado es importante aclarar que la diabetes no se presenta de una sola forma, esta se clasifica en varios tipos los cuales se explican en el siguiente apartado.

5.1.2 Clasificación de la diabetes

La diabetes mellitus se clasifica en 10 grupos, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, defectos genéticos de función de la célula β , defectos genéticos en el procesamiento o en la acción de la insulina, defectos pancreáticos exocrinos, endocrinopatías, infecciones, fármacos, síndromes genéticos asociados a diabetes y diabetes mellitus gestacional (Abbas y Maitra, 2005). Sin embargo su clasificación más común está agrupada en cuatro tipos, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos de diabetes, este último grupo aparece como consecuencia de enfermedades del páncreas, las endocrinopatías, las infecciones o las inducidas por químicos o drogas (The Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000).

En cuanto a la diabetes mellitus tipo 1, se presenta por falta de insulina, como consecuencia de la destrucción del sistema inmune a las células β quienes son las encargadas de la producción de la insulina. Esta destrucción se da mucho tiempo antes de que la enfermedad comience a manifestarse. Aunque este tipo de diabetes puede presentarse a cualquier edad, generalmente aparece en la infancia y tiende a manifestarse en la pubertad, sin embargo el término de diabetes juvenil actualmente está considerado obsoleto. En este tipo de diabetes la mayoría de pacientes necesitan del uso de la insulina para sobrevivir (Kumar, Abbas y Fausto, 2005). Frente a lo anterior, la American

Diabetes Association (2006), indica que este tipo de diabetes representa entre el 5% y el 10% de todos los casos diagnosticados de diabetes y que los factores de riesgo para este tipo pueden ser factores auto-inmunes, genéticos o ambientales.

A su vez, la diabetes tipo 2 se presenta por la resistencia de la insulina en la captación, metabolismo o almacenamiento de la glucosa y por una secreción inadecuada de insulina por parte de las células beta. Aproximadamente el 80% al 90% de los pacientes tienen este tipo de diabetes (Kumar, Abbas y Fausto, 2005). Según, De León y Barrios (2000), en este tipo de diabetes, el problema no es la producción de insulina sino que esta no es capaz de abrir los receptores de las células, porque no funcionan adecuadamente, lo cual hace que la glucosa, igual que en la diabetes tipo 1, se acumule en la sangre al no poder entrar a la célula. Esta forma de diabetes es la más común aunque puede pasar desapercibida por varios años, por lo general se presenta en personas mayores de 40 años.

Por su parte, la diabetes Gestacional se presenta únicamente en el embarazo. Esta condición debe sospecharse por cualquier síntoma o signo, cuando se tienen antecedentes familiares diabéticos, cuando el aumento de peso es exagerado durante el embarazo, cuando en embarazos anteriores los fetos han sido muy grandes o cuando el feto actual está creciendo demasiado (De León y Barrios, 2000). La American Diabetes Association (2006), explica que las hormonas de la placenta las cuales ayudan al desarrollo del feto, son las que impiden la acción de la insulina en el cuerpo de la madre, lo cual se denomina resistencia a la insulina. Esta resistencia impide que el cuerpo de la madre use la insulina el cual puede necesitar hasta tres veces más insulina. La American Diabetes Association (2006), afirma que la diabetes gestacional comienza cuando el cuerpo de la madre no es capaz de producir y usar toda la insulina necesaria para el embarazo, lo cual impide que la

glucosa pueda separarse de la sangre para convertirse en energía, produciendo su acumulación en la sangre hasta niveles elevados originando hiperglicemia. Este tipo de diabetes se manifiesta en los últimos meses del embarazo, cuando ya el feto está totalmente formado pero aún en crecimiento. La diabetes gestacional no causa defectos de nacimiento, sin embargo, puede llevar a la macrosomía, lo que se traduce en un bebé obeso que puede presentar problemas de salud.

Cuando un individuo desarrolla alguno de estos tipos de diabetes, la persona comienza a experimentar una serie de cambios que son los que lo llevan a visitar al médico, estos cambios pueden ser en el apetito, en su estado de ánimo, en el sueño entre otros y son los que pueden permitir una detección temprana de la enfermedad. A continuación se presentan de forma más detallada los signos y síntomas asociados a la enfermedad.

5.1.3 Sintomatología asociada a la diabetes

Frecuentemente la diabetes pasa desapercibida debido a que sus síntomas aparentan ser inofensivos. Nuevos estudios indican que la detección prematura de los síntomas y su tratamiento pueden disminuir la posibilidad de desarrollar las complicaciones de esta enfermedad (American Diabetes Association, 2006).

A nivel general, algunos de los síntomas que se presentan en la diabetes son: (1) Poliuria: orina en exceso, ya que la glucosa elevada en la sangre pasa directamente a los riñones en donde atrae agua aumentando la producción de orina; (2) Glucosuria: Orinar glucosa. Esto sucede cuando la glucosa excede de 170 mg% en la sangre, y aparece en la orina, razón por la cual esta última es dulce; (3) Polidipsia: sed en exceso. Se presenta por dos motivos, el primero, que por su condición, el diabético orina constantemente lo cual

hace que se deshidrate, haciéndose necesario el consumo de agua y el segundo, que cuando la glicemia está muy alta, se estimula el centro de la sed aumentando el consumo de agua.

(4) Pérdida de peso: principalmente en la diabetes tipo 1, ya que la insulina también tiene como función acumular grasa en el cuerpo, por eso cuando falta la insulina la persona pierde peso y se adelgaza. En la diabetes tipo 2, la persona tiende a ser obesa pero cuando la insulina se agota se presenta pérdida de peso; (5) Pérdida de la agudeza visual: A medida que la enfermedad avanza se va perdiendo visión, siendo la visión borrosa una manifestación de la enfermedad. Se presenta retinopatía diabética y deshidratación en el cristalino cuando la glicemia está muy alta. Además se es propenso a formación de cataratas; (6) Infecciones frecuentes: el diabético al no tener glucosa en su interior no puede producir la energía necesaria para que los glóbulos blancos funcionen correctamente y puedan defender al organismo de infecciones en la orina, vagina, pulmones y en la piel; (7) Polifagia: comer en exceso, al no poder ser sintetizada la glucosa no hay producción de energía, lo que genera sensación de cansancio y debilidad en el cuerpo, y este para compensar crea sensación de hambre; (8) Retardo en la cicatrización de las heridas: principalmente en personas de edad avanzada o que tengan varios años de padecer la enfermedad. En el diabético las arterias, que llevan sangre oxigenada, se obstruyen con más rapidez que en una persona normal, lo cual produce mala circulación en el lugar afectado, llegando poco oxígeno y nutrientes, favoreciendo la aparición de úlceras en los lugares afectados (De León y Barrios, 2000).

En la medida en que el sujeto preste una atención rigurosa a estos síntomas siguiendo las indicaciones del médico es que se puede llegar a retrasar o evitar la aparición

de muchas complicaciones asociadas a la enfermedad, las cuales pueden llevar al sujeto hasta la muerte.

5.1.4 Complicaciones asociadas a la diabetes

Las complicaciones se clasifican en “agudas” y “crónicas” teniendo en cuenta el tiempo de evolución, más no la gravedad de las mismas. Estas sólo se pueden controlar o evitar a partir de los cuidados que la persona tenga para mantener dentro de los límites normales los niveles de glicemia, como una dieta estricta, ejercicio adecuado y las indicaciones médicas.

5.1.4.1 Complicaciones Agudas

Se presentan en corto tiempo o de forma abrupta. Si no se detectan y se tratan a tiempo pueden acabar con la vida de la persona, entre estas se encuentran: (1) Estado Hiperosmolar: Se presenta con más frecuencia en la diabetes tipo 2 y se refiere a una situación en la que hay demasiada fuerza osmótica en la sangre. O sea que el agua que está dentro de la célula es atraída hacia la sangre por la fuerza osmótica; como consecuencia la célula se deshidrata y todo el cuerpo entra en estado severo de deshidratación, ya que toda el agua que está perdiendo la célula se elimina por la orina a través de un mecanismo similar de fuerza osmótica a nivel de los riñones entre la orina y la sangre. Todo esto puede llevar a un coma o a la muerte; (2) Estado Cetoacidótico: Se presenta principalmente en diabetes tipo 1, por la falta total de insulina. Cuando no hay insulina, la glucosa no puede ingresar a la célula para transformarse en energía, por lo que las células producen energía a partir de otras sustancias como los ácidos grasos, pero cuando estos se consumen sus desechos son tóxicos para el organismo. Estos desechos

son: el ácido acetoacético y el ácido beta hidroxibutírico los cuales se acumulan en la sangre tornándola ácida, produciéndose el estado Cetoacidótico. Este se manifiesta con dificultad respiratoria, aliento con olor a manzana, pérdida del conocimiento y coma, hasta la muerte; (3) Hipoglicemia: Significa glicemia muy baja, se presenta cuando la glucosa de la sangre está por debajo de 70%. A medida que ésta baja se presentan síntomas como: palpitaciones, temblor, sudoración, sensación de debilidad, en ocasiones hambre, mareos y la persona se puede tornar pálida y fría, si la glicemia llega a estar por debajo de 30% se presentan síntomas más graves como: lenguaje incoherente, mucho sueño, confusión, visión doble, convulsiones, pérdida del conocimiento, coma y por último la muerte (De León y Barrios, 2000).

5.1.4.2 Complicaciones Crónicas

Se presentan a lo largo de los años, dañando el organismo de manera silenciosa aunque la persona se sienta bien. Una vez que aparece una complicación crónica esta nunca se curará por completo. Entre estas se encuentran: (1) Retinopatía diabética: Significa daño en la retina. En las personas con diabetes, las pequeñas arterias de la retina (estructura donde se forman las imágenes) se tapan con facilidad haciendo que algunas partes dejen de funcionar ocasionando una pérdida progresiva en la visión. (2) Nefropatía: Significa daño en los riñones. Los riñones son filtros cuya función principal es eliminar las sustancias tóxicas del organismo (úrea y creatinina) y retener las necesarios (proteínas). En el diabético es en estas dos funciones principalmente donde se muestra el deterioro del riñón. En el diabético el riñón deja escapar por la orina pequeñas cantidades de proteínas principalmente albúmina (proteína más abundante en la sangre), hasta llegar a perder grandes cantidades de proteínas, manifestándose con edema (hinchazón) en todo el cuerpo.

Cuando la cantidad de proteínas que la persona orina durante un día es mayor de tres gramos, se le llama síndrome nefrótico, que a su vez viene siendo una forma grave de la nefropatía diabética. El riñón del diabético también presenta complicaciones en la eliminación por la orina de toda la creatina y la úrea que el organismo produce, lo cual ocasiona que estas se vayan acumulando en la sangre hasta llegar a niveles tóxicos, a esto se le denomina Insuficiencia Renal. Cuando esto sucede el individuo para limpiar su sangre debe recurrir a la Diálisis o a la posibilidad de un trasplante renal para poder seguir viviendo; (3) Neuropatía: Daño en los nervios. En el diabético se acumulan dentro de los nervios una sustancia llamada sorbitol que hace que la sensación no se transmita de manera adecuada, por lo cual el diabético no siente con la misma intensidad que una persona normal. La neuropatía también produce alteraciones de la percepción llamadas Parestesias ó Disestesias, que consisten en una sensación de hormigueo o de ardor con fogaje en las extremidades o en cualquier parte del cuerpo. En el diabético, no sólo los nervios que conducen sensibilidad se ven afectados, también los que van hacia los músculos, el corazón, los intestinos, en fin todos los nervios del cuerpo, manifestándose la neuropatía con palpitaciones o alteraciones del ritmo del corazón, con dolores musculares, con diarreas o cólicos sin aparente explicación, con descensos bruscos de la presión arterial, impotencia sexual o sudoración excesiva; (4) Gastroenteropatía: Daño en el sistema digestivo. Se manifiesta por la presencia de diarreas prolongadas o estreñimiento severo, sensación de llenura excesiva después de consumir cualquier cantidad de alimentos, debido a que el estómago se vacía demasiado lento; (5) Complicaciones Vasculares: Se dan en todas las arterias del cuerpo con más rapidez que en una persona sana, debido a la obstrucción por acumulación excesiva de grasas y otros materiales orgánicos. Si la obstrucción sucede en una de las arterias que nutren al corazón, se presenta un infarto; si se presenta en una arteria

del cerebro ocurre una trombosis cerebral; si ocurre en una pierna o un dedo del pie, esta parte del cuerpo se muere y hay que amputarla en muchos casos. Los síntomas de aviso más frecuentes son frialdad de la extremidad, disminución de los pulsos en pies o manos, dolor que aumenta cuando más se usa la extremidad por ejemplo al caminar y que desaparece cuando está en reposo y el cambio de color de la extremidad es un signo tardío y grave de esta complicación para evitar consecuencias como la amputación; (6) Complicaciones inmunológicas: En el diabético la capacidad de defenderse contra las infecciones está disminuida, esto hace que cualquier herida se infecte con facilidad (De León y Barrios, 2000).

Por su parte Silva y Guzmán (2006) hacen una clasificación mucho más reducida frente a las complicaciones crónicas indicando sólo dos, las cuales son (1) *Enfermedades Macrovasculares*; son la cardiopatía coronaria, la vasculopatía periférica y la enfermedad cerebro-vascular, además son las que tienen mayor incidencia en la diabetes tipo I. Estas alteraciones están relacionadas con la hipertensión arterial y las dislipidemias, que son trastornos genéticos en el metabolismo de los lípidos y (2) *Enfermedades Microvasculares*; son las complicaciones oculares (retinopatía), la nefropatía y la neuropatía como resultado del daño ocasionado a los vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinos oculares que han sido afectados por el paso del exceso de glucosa en la sangre. Producen gangrena, ceguera, insuficiencia renal, y lesiones en el sistema nervioso central y periférico, además, la amputación de extremidades inferiores, el infarto del miocardio y eventos cerebrales vasculares.

5.1.5 La diabetes como enfermedad crónica

Aunque las enfermedades crónicas no siempre constituyen una amenaza para la vida, actualmente enfermedades como las cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias o la diabetes se han posicionado como las principales causas de mortalidad. Éstas se caracterizan por su duración en el tiempo, su gravedad e intensidad, por lo cual sus demandas son particulares más aún, teniendo en cuenta que los síntomas no siempre se hacen evidentes, por lo que una persona con una enfermedad crónica puede sentirse relativamente bien en algunas ocasiones aunque nunca vaya a estar sana.

Las enfermedades crónicas generan crisis ya sea por dificultades económicas, distorsión de la visión propia y/o alteraciones en las relaciones familiares y sociales, afectando no solamente al que las padece sino también el entorno familiar y social. La crisis se presenta, según lo planteado por Moos y Schaeferm (1984, citados por Brannon y Feist 2001) por una interrupción en un patrón lo cual genera un impacto que a su vez genera un desequilibrio. Este impacto se observa tanto en el individuo como en su familia. El individuo enfrenta cambios principalmente en la pérdida del control personal y en la amenaza de su autoestima. Se producen sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre acontecimientos futuros, cambios en la idea que se tiene de sí mismo y modificaciones en la forma en que otros observan al individuo. En cuanto al impacto en la familia, se pueden presentar cambios en las relaciones entre padres e hijos, entre hermanos y entre esposos llegando a afectar la dinámica familiar por completo.

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que el solo diagnóstico de una enfermedad crónica genera una reacción emocional, al saber que se tiene una enfermedad que no sólo no tiene cura, sino que durará durante toda la vida, además de las múltiples modificaciones al estilo de vida. En el caso de la diabetes, estas modificaciones varían en cierto grado

dependiendo del tipo de diabetes que se tenga; en la diabetes tipo 1 según Kovacs et al (1990, citados por Brannon y Feist 2000), por tener un desarrollo generalmente a temprana edad, tanto los padres como el niño deben asumir la pérdida de la salud y las restricciones de la misma, como la dieta, las inyecciones, los horarios, etc. En la diabetes tipo 2, que se presenta generalmente en la edad adulta también requiere de restricciones en la dieta y los horarios, pero a diferencia de la tipo 1 no se usan inyecciones, sino que se controla mediante medicación de administración oral. Debido a todos estos cambios y modificaciones en el estilo de vida, el sujeto se enfrenta a un estrés psicológico que puede traer consigo el riesgo de padecer algún trastorno mental como depresión, ansiedad y trastornos alimenticios. Varias investigaciones se han realizado en relación a estos temas, una de ellas, fue la Relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países, estudio de la Organización Mundial de Salud, realizada por Florenzano et al, (2006) donde encontraron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue del 27,2% presentándose con frecuencia duplicada en pacientes crónicos el trastorno de somatización, la dependencia al alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada.

Asimismo, en una reseña realizada por Ontiveros (2004) se encontró que adultos jóvenes, solteros y mujeres con diabetes son dos veces más susceptibles a tener depresión comparada con la muestra de población general en Estados Unidos. De igual forma en la investigación de Cabello, Benavides y Jaymez (1996) se encontró que los pacientes crónicos y diabéticos reportan niveles más altos de sintomatología depresiva que la población en general; asimismo encontraron que en relación al tratamiento que recibían los pacientes diabéticos, la depresión no era más prevalente en pacientes con tratamiento farmacológico, que en pacientes con dieta como tratamiento; también observaron que en

los pacientes que presentaban complicaciones crónicas de la diabetes la sintomatología depresiva no era más frecuente. Finalmente concluyeron que la depresión es más prevalente en la diabetes y enfermedades crónicas que en la población en general; por su parte, Zenteno, Morales y Cardiel (2001), encontraron que la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 fue alta (39 por ciento) y observaron otros factores relacionados, como enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado; sin embargo, contrario a lo anterior se encuentra la investigación realizada por Chamorro, Martínez y Tomás (2001), quienes encontraron que con respecto a la depresión, esta no correlaciona con tener o no diabetes; concluyeron que los niños y adolescentes muestran un ajuste psicosocial adecuado y no presentan mayores grados de ansiedad o depresión por sufrir la enfermedad aunque sí una peor autoestima.

Por todo lo anterior, resulta fundamental el papel que el sujeto asume frente al cuidado y manejo de su enfermedad, ya que de este depende su evolución, teniendo en cuenta que desde el momento del diagnóstico el individuo se enfrenta a situaciones dolorosas, temores, miedos, incomprensión, dudas, deterioro físico, tratamientos, entre otros, siendo necesaria una posición responsable y consiente frente al proceso, trabajando en incrementar, mantener, restablecer y optimizar su estado de salud para los cambios que se presentan durante el proceso salud-enfermedad, ya que como se ha venido hablando a lo largo de este apartado “las enfermedades crónicas sean de régimen restrictivo (diabetes, o renales) o de amenaza de muerte (cáncer, enfermedad cardiovascular, o enfermos renales en estado terminal) tienen un mayor impacto en la persona y producen un desajuste en todos los niveles, implicando la necesidad de adaptación a nuevos estilos de vida” (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993, citados por Oblitas, 2006, p. 22). Por todo esto, resulta

fundamental que el individuo asuma un papel responsable frente al cuidado de su enfermedad siguiendo las indicaciones planteadas por el médico en cuanto al tratamiento que este debe seguir el cual no se limitará a la parte farmacológica sino que incluirá cambios en su estilo de vida como ya se ha venido planteando.

5.1.6 Tratamiento de la diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad que no tiene cura hasta el momento, o sea que se padecerá toda la vida, pero que indiscutiblemente se puede controlar propiciando un estado de bienestar en las personas que la padecen. Por lo tanto, lo primero a tener en cuenta al hablar de tratamiento, es que éste es para toda la vida, y por lo tanto la actitud que el sujeto asuma frente al mismo será fundamental para su éxito o fracaso.

Silva y Guzmán (2006) señalan la importancia del conocimiento que el paciente debe tener frente a su enfermedad, el cual le permitirá tener una visión más clara y real frente a la enfermedad y saber los beneficios y consecuencias que se pueden generar de no seguir el tratamiento rigurosamente. Además del conocimiento mencionado anteriormente, existen tres aspectos que deben ser tenidos en cuenta para todas las personas diagnosticadas con diabetes, que por supuesto variará de acuerdo a cada sujeto y tipo de diabetes, estos son el plan de alimentación, el ejercicio físico y los medicamentos.

Plan de alimentación: Implica la selección de los alimentos adecuados, el consumo de la cantidad correcta y la programación apropiada de las horas de comida. Cabe señalar que el plan de alimentación permite una adecuada regulación de la cantidad y calidad de hidratos de carbono consumidos por el individuo, ya que pueden hacer innecesario el tratamiento con medicamentos. Por otro lado, durante el tratamiento con insulina resulta

muy difícil mantener dentro de límites razonables la concentración de glucosa en la sangre sin tener en cuenta la calidad y cantidad de alimentos que ingiere la persona. Además, las complicaciones más frecuentes de la diabetes (por ejemplo, las lesiones vasculares degenerativas) exigen también una estricta vigilancia de dicho plan de alimentación Silva y Guzmán (2006).

Actividad y ejercicio físico: En el diabético, el ejercicio es un factor útil de reducción de glucosa sanguínea (Silva y Guzmán, 2006), ya que con el ejercicio se aumenta el gasto de glucosa evitando niveles elevados de la misma en la sangre. También contribuye a mejorar el funcionamiento del corazón, disminuir el colesterol y evitar el estrés.

Tratamiento farmacológico: Depende del tipo de diabetes, el tiempo de desarrollo de la enfermedad y el estado de la misma (Silva y Guzmán 2006). La American Diabetes Association (2006) indica que el tratamiento puede ser mediante inyecciones o por vía oral. Por su parte, Silva y Guzmán (2006), afirman que en la diabetes tipo 1, además de la dieta estricta y el ejercicio es indispensable la administración de insulina por medio de inyecciones o como lo indica la American Diabetes Association (2006) mediante una bomba de insulina.

Para las personas que padecen diabetes tipo 2, es probable que no se requiera la administración de insulina, ya que suelen tener una capacidad latente de secreción de la misma, los medicamentos indicados actúan sobre la síntesis y la liberación de ésta y mejoran la absorción de la glucosa (Silva y Guzmán, 2006). Asimismo, la American Diabetes Association (2006) afirma que las personas pueden controlar su nivel de glucosa

siguiendo un plan de alimentación saludable y un programa de ejercicios, bajando de peso y tomando medicación oral.

En cuanto a la diabetes gestacional, la American Diabetes Association señala que su tratamiento incluye un plan especial de alimentación y un programa de actividad física. También puede incluir pruebas diarias de la glucosa e inyecciones de insulina. Por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero estas mujeres deben continuar un tratamiento después del parto ya que son propensas a desarrollar otro tipo de diabetes.

A partir de esto se observa la importancia de la intervención y apoyo psicológico a pacientes crónicos, orientándolos hacia una mejor adherencia al tratamiento, lo cual incluye, conocimientos sobre la enfermedad, los cuidados que se deben tener y la importancia en un adecuado control médico. Esto se puede observar desde lo planteado por Ruiz Sánchez, Imbernon González y Cano Sánchez (1999), donde indican que el psicólogo puede intervenir en aspectos tales como:

- Evaluación del significado subjetivo de la enfermedad

- Evaluación del estado emocional del paciente

- Evaluación del curso de la enfermedad

- Evaluación de la red de apoyo familiar y médica del paciente

- Evaluación de las estrategias de afrontamiento del paciente y el cambio de actividad

- Reestructuración de los significados disfuncionales de la enfermedad

- Disminución del nivel de miedo e incremento de la esperanza razonable

- Intervención para reducir el dolor y la ansiedad asociada

Incrementar la red de apoyo del paciente, incluyendo al personal médico

Incrementar el nivel de actividad reforzante del paciente y su adhesión al tratamiento.

5.2 Adhesión al tratamiento y factores asociados

5.2.1 Adhesión al tratamiento

La adhesión al tratamiento, se convierte en una de las temáticas más importantes a la hora de lograr que el individuo adopte comportamientos y actitudes que generen cambios positivos durante el proceso de la enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (2003), la adhesión se define como el grado en que el comportamiento de una persona -la toma de medicación, la dieta y/o la introducción de cambios en su modo de vida-, responde a las indicaciones autorizadas de un prestador de asistencia sanitaria. Alrededor de este tema existen investigaciones como la de Villa y Vinaccia, (2006) en la cual se define la adhesión terapéutica, desde lo planteado por Martín y Grau (2004, citados por Villa y Vinaccia, 2006), como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (pág. 52). Sin embargo, ellos plantean que no existe una división completa entre adhesión y no adhesión y puede tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no asistir a las consultas médicas o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, más no atender aspectos tales como la dieta y otros cuidados de la salud.

Villa y Vinaccia (2006), indican que el estudio sobre la adhesión al tratamiento se ha guiado a partir de cinco factores clásicos expuestos por Meichenbaum y Turk (1991, citados por Villa y Vinaccia, 2006), los cuales son: 1) *Factores relacionados con los pacientes*, las cuales incluyen características del individuo, creencias en salud, falta de autocuidado, expectativas frente al tratamiento y la enfermedad, creencias socioculturales, etc.; 2) *Factores relacionados con la enfermedad*, como el tipo de enfermedad y las características de la misma; 3) *Factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad*, como el tipo de tratamiento, la cantidad de medicamentos, horarios, efectos secundarios; 4) *Factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud* y 5) *Factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud*. Asimismo Deyo e Inui, (1980, citados por Silva y Guzmán, 2006), hablan de que existen tres aspectos específicos que son: 1) *Factores del paciente*: demográficos, socioculturales, enfermedades o problemas de salud, enfermedad crónicas, enfermedades o problemas de salud controlables y problemas psicológicos; 2) *Factores del tratamiento*: tratamiento prologando o por toda la vida, esquemas complicados o confusos, procedimientos o fármacos de costo elevado, procedimientos dolorosos, fármacos con efectos secundarios y modificaciones excesivas e irreales en los hábitos, costumbres y actividades del paciente; 3) *Factores de la atención médica*: Tiempo de espera prolongado, duración breve de la consulta (para las expectativas del paciente), baja competencia en los médicos, rotación continua de médicos, programación de citas en fechas y horarios fuera de la realidad y programación de citas en horarios que el médico no puede cumplir.

Por otro lado, Froján y Rubio (2004) definen la adhesión al tratamiento, a través de la propuesta de Beléndez y Méndez (1995, citados por Froján y Rubio, 2004) como “ la

realización de las conductas de auto-cuidado implicadas en los componentes del tratamiento de la diabetes: insulina, hipoglucemiantes, dieta y ejercicio, según los niveles que requiera el individuo en cada momento determinado, de acuerdo con los resultados de la evaluación de su condición glucémica, con el objetivo de optimizar al máximo los recursos ofrecidos por el tratamiento.” (pág. 66). Por su parte, la investigación de Froján y Rubio (2004), tuvo como objetivo principal evaluar la relación de variables psicosociales con la adhesión al tratamiento y establecer una función discriminante que pudiera clasificar a los pacientes según el nivel de adhesión evaluado; es así como a partir del estudio realizado, encontraron que la adhesión terapéutica auto-evaluada, está relacionada positivamente con el control metabólico y que las variables fundamentales que determinan la adhesión terapéutica son: las relativas a la práctica del ejercicio físico y la relación establecida con el personal sanitario.

Por su parte, Ortiz y Ortiz (2005), indican que el proceso de adhesión está mediado por el tipo de diabetes, factores psicológicos, socioeconómicos y demográficos; y por los componentes relacionados con la adhesión al tratamiento los cuales son: *las creencias*, es decir, lo relacionado con la información concisa y verdadera que se dé acerca de la enfermedad; *los motivos*, es decir, los sentimientos y necesidades que el paciente desarrolla durante el transcurso de su enfermedad y por último *las acciones*, es decir las habilidades y destrezas que posee el individuo para seguir con todas las recomendaciones del tratamiento (Silva y Guzmán, 2006). Sin embargo, en el proceso de adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos según Rodríguez Saldaña (2002, citado por Silva y Guzmán, 2006) se presentan unas barreras que impiden el desarrollo normal del mismo las cuales son: a) *La modificación en el estilo de vida*: la cual viene dada por los cambios y restricciones en la

dieta, la modificación de los hábitos de ejercicio físico, el control de situaciones estresantes, el tiempo requerido para la administración de insulina y las medidas diarias de glucemia;

b) La ausencia de síntomas: durante los episodios hiperglucémicos la mayoría de los diabéticos no tienen síntomas. De otro modo, aunque existen una serie de síntomas neurogénicos y neuroglucopénicos indicativos de descompensación, es un hecho que cada paciente suele tener un patrón idiosincrásico y además cambiante a lo largo del tiempo lo que supone una clara dificultad para discriminar e interpretar síntomas;

c) Las complicaciones asociadas: ceguera, neuropatía, nefropatía, entre otras;

d) La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento: en tanto que la normalización glucémica depende de múltiples factores, no siempre es contingente al cumplimiento. Alternativamente, y salvo grandes infracciones, el incumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas, en definitiva, la contingencia adhesión – normalización glucémica no es segura en modo alguno;

e) En la práctica médica convencional, la comunicación de las complejas prescripciones del tratamiento: no siempre se realiza en condiciones formales que promuevan las destrezas requeridas para el cumplimiento y la satisfacción del paciente. Por lo general no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporciona una adecuada retroalimentación sobre los problemas surgidos, pues ni el modelado de las conductas requeridas, ni la supervisión son suficientes y con frecuencia son realizados por médicos que desconocen al paciente;

f) La ausencia de conocimientos y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento: los estudios sobre la falta de adhesión en la diabetes evidencian suficientemente este aspecto;

g) Las consecuencias de un seguimiento correcto son, en muchos casos, más punitivas que las del incumplimiento: todos los componentes del tratamiento, plan de alimentación, y el ejercicio son los que mayor porcentaje de incumplimiento presentan.

Como se ha señalado, la adhesión al tratamiento implica una serie de acciones guiadas a las conductas de autocuidado que debe tener el paciente y que se logran con la información adecuada del médico, comunicación clara, conocimiento de las expectativas del paciente y habilidades de afrontamiento emocional respecto a su enfermedad. Es importante señalar que aunque existan las conductas de autocuidado, la literatura muestra que en ocasiones las consecuencias producto de no adherirse a un tratamiento son menores a las que se pueden dar por el cumplimiento del mismo como lo señala en líneas anteriores Rodríguez Saldaña (2002, citado por Silva y Guzmán, 2006)

5.2.2 Conductas frente a la enfermedad

La enfermedad, según Brannon y Feist (2001), es considerada como un suceso que altera la vida del individuo, siendo esta un acontecimiento estresante que produce un impacto y una ruptura en la cotidianidad generando crisis. Asimismo, Brannon y Feist (2001), explican la crisis desde la teoría de crisis de Moos y Schaefer, (1984, citados por Brannon y Feist, 2001), la cual trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido de funcionamiento social y personal. Cuando se presenta esta ruptura en el equilibrio, el individuo acude a respuestas anteriores que le hubiesen sido efectivas para recobrarlo, sin embargo cuando estos patrones de afrontamiento no son efectivos, se generan sentimientos de ansiedad, temor y estrés. En respuesta a esto, y teniendo en cuenta que los individuos no pueden soportar periodos largos de estrés, se adoptan nuevas formas de respuesta las cuales pueden llevar a una adaptación sana o pueden producir ajustes insanos y deterioro psicológico. Sin embargo es importante aclarar que la crisis por si misma no es sana o patológica, esto depende del ajuste que haga el individuo.

Respecto a la enfermedad crónica, Brannon y Feist (2001), plantean que esta afecta de manera significativa varios aspectos de la vida del individuo, presentándose desequilibrios en lo físico, social y psicológico, los cuales suponen un cambio drástico en el estilo de vida. La enfermedad crónica por ser de duración permanente, demanda cambios en las actividades cotidianas en los contextos laboral, familiar y social, trayendo consigo sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre los acontecimientos. Estos autores también indican, que en este tipo de padecimientos, se observan actitudes de resignación y negativismo frente a la enfermedad.

Frente a lo anterior Evers et. al, (2001, citados por Vinaccia et. al, 2006) plantean que ante un elemento de tensión, en este caso la aparición de una enfermedad crónica, se pueden desarrollar tres tipos de reevaluación cognitiva de tipo positivo o negativo, estas son: a) *cogniciones que enfatizan el significado negativo del elemento de tensión* con una actitud de desamparo y desesperanza. En esta reevaluación, el individuo se centra en los aspectos adversos como la condición incontrolable, impredecible e inmodificable de su enfermedad, generalizando estas consecuencias a su funcionamiento diario; b) *cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión*, aceptando el impacto negativo de la tensión y aprendiendo a convivir con él; c) *cogniciones que dan un significado positivo al evento, enfocándose en consecuencias positivas adicionales del elemento de tensión*. En esta reevaluación se pueden encontrar ventajas como una modificación en las prioridades frente a la vida y objetivos personales, cambios en la personalidad y fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Las diferentes actitudes y conductas que se generan a partir de la situación de enfermo, se conceptualizan como conductas de enfermedad; este concepto se desarrolló a

partir de los aportes realizados por Parsons cuando introdujo el término de rol del enfermo, el cual define derechos y deberes que según él, la sociedad le adjudica al enfermo. Explica entonces cómo por un lado éste tiene derecho a ser eximido de responsabilidades sociales habituales y a no ser responsable de la situación que vive, y por otro lado, tiene la obligación de considerar su estado como indeseable, buscar ayuda y cooperar con el proceso de curación (Parsons 1982, citado por Galán Rodríguez, Blanco Picabia y Pérez San Gregorio, 2000). Sin embargo, Parsons se centraba en el papel del profesional dejando de lado factores como la familia, los procesos psicológicos y las diferencias individuales (Galán Rodríguez, Blanco Picabia y Pérez San Gregorio, 2000). Posteriormente Mechanic con el objetivo de complementar el modelo de Parsons, definió junto con Volkart el concepto de conducta de enfermedad, a partir de datos que le indicaban que ante un padecimiento el hecho de acudir al médico no era una respuesta automática. Con este concepto de conducta de enfermedad, se hacía referencia a la forma particular en la que las personas responden a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales perciben esos signos como anormales (Mechanic 1962, citado por Galán Rodríguez, Blanco Picabia y Pérez San Gregorio, 2000). Más adelante Mechanic (1977, citado por Vinaccia et al 2004) indicó que se consideran conductas de enfermedad todas aquellas acciones como el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad rehabilitadora, la asunción de determinadas conductas de rol en determinadas situaciones y las respuestas de afrontamiento de la enfermedad que afectan el significado social y personal de los síntomas de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias. Por lo tanto plantea que ese conjunto de respuestas son las que expresan cómo el individuo se adapta al problema de salud y cómo asume y representa el papel de persona enferma.

Los factores que determinan la ejecución de las conductas de enfermedad son:

a) *Factores sociales*, relacionados con las primeras experiencias de socialización enmarcadas dentro del contexto familiar, asimismo está la cultura y el grupo socioeconómico, estos aspectos influyen en la manera de actuar de las personas según los valores y papeles definidos que debe desempeñar dentro de cada cultura a la que pertenece. Según Kiecot-Glaser, McGuire, Robles, y Glaser (2002, citados por Silva y Guzmán, 2006), el estudio de los aspectos sociales y el acceso al sistema sanitario muestran que participar en grupos de educación y someterse a todos los exámenes preventivos, como lo son el fondo de ojo, el análisis de orina, serán conductas que dependen del modelo y tipo de asistencia a los que la persona diabética puede acceder.

b) *Factores personales*, relacionados con la auto percepción de síntomas, es decir que el individuo entra en un proceso de asimilación de los cambios que se presentan en su cuerpo, lo cual le permite adoptar una posición de alerta frente a lo que está sucediendo o está por suceder; dentro de este aspecto también está el conjunto de factores ligados a las experiencias previas con la enfermedad y quizá con los rasgos y dimensiones actitudinales y motivacionales de la personalidad (Belloch, 1989, citado por Silva y Guzmán, 2006).

c) *Factores emocionales*, son un determinante importante en las conductas de salud en la medida en que una persona puede reaccionar ante ciertas circunstancias (Silva y Guzmán, 2006).

d) *Factores cognitivos o comportamentales*, relacionados con las creencias, hábitos y actitudes frente a la salud y la enfermedad, por eso mismo dentro de la diabetes se debe tener en cuenta que la mayoría de las causas prematuras de morbilidad y mortalidad son

prevenibles y están relacionadas con el comportamiento, así como los costos y requerimientos para un marco referencial viable en el área de prevención y promoción de la salud, lo que significa ayudar a explicar cómo las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, familiares y sociales en general. Por lo tanto, es necesario afirmar que el comportamiento o las prácticas individuales son producto de la interacción de múltiples variables (Silva y Guzmán, 2006).

Actualmente, el concepto conducta de enfermedad ha sido considerado el fundamento teórico en muchas investigaciones cuyo propósito ha sido establecer patrones y perfiles de respuesta propios de las situaciones del enfermar. Este ha sido utilizado de dos maneras, por un lado, para establecer patrones generales de conducta de enfermedad, buscando elementos comunes en individuos que sufren diferentes enfermedades, a partir de esto, Alonzo (1980, citado por Galán Rodríguez, Pérez San Gregorio y Blanco Picabia, 2001) indica que las conductas de enfermedad podrían clasificarse en enfermedades cotidianas, enfermedades agudas, enfermedades crónicas y en urgencias. Por otro lado, el concepto se ha utilizado para identificar patrones psicosociales en enfermedades concretas, es decir, que es sensible a las condiciones particulares que configuran cada situación médica.

Al estudiar el concepto de conducta de enfermedad, es importante resaltar el trabajo de Pilosky (1996, citado por Vinaccia et al 2004. p33), quien definió la conducta anormal de enfermedad como “un modo inapropiado o desadaptativo de percibir el estado de salud a pesar de que el médico y otros profesionales hayan ofrecido una explicación razonable de la naturaleza, curso de la enfermedad y su tratamiento”. En este tipo de conducta se

encontrarían todas las manifestaciones de discrepancias entre la enfermedad y la reacción del individuo frente a ella.

Como ya se ha dicho es fundamental el papel que el sujeto asuma frente a su enfermedad, pues este será el que medie la evolución de la misma y determinará la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta que si la actitud del sujeto no es responsable las complicaciones propias de la enfermedad se presentarán e interferirán en su cotidianidad como lo son sus actividades diarias, el trabajo, la relación con la familia y los amigos.

5.2.3 Calidad de vida:

Según Oblitas (2004), la calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de aspectos tales como la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. En otras palabras la calidad de vida es el conjunto de evaluaciones que el sujeto realiza sobre cada uno de los dominios de su vida, entendiéndose esto como la respuesta individual y social del sujeto ante situaciones de la vida diaria.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define calidad de vida relacionada con la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. En relación con la calidad de vida y la enfermedad, Silva y Guzmán (2006), manifiestan que todo padecimiento que se tenga tendrá consecuencias frente a la calidad de vida, reflejándose estas en las funciones generales de la persona y evidenciando una variedad de disfunciones principalmente asociadas con la enfermedad. Asimismo, Patrick y Erickson (1993, citados por Oblitas, 2004), indican que la calidad de vida relacionada con la salud se define como

el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones que son influidos por las enfermedades, lesiones o tratamientos.

Con referencia a las personas que padecen una enfermedad crónica, se observa claramente que la forma como se afecta su calidad de vida es mayor que la de las personas que padecen una enfermedad de corta duración. Oblitas (2004), indica que en el caso de los pacientes crónicos o terminales, estos enfrentan un cambio radical en su estilo de vida comprometiendo todas sus habilidades afectivas, conductuales y sociales. Asimismo, Silva y Guzmán (2006) plantean que la calidad de vida de un paciente crónico depende del nivel de adaptación que este tenga a la enfermedad, es decir en qué medida se adapta tanto en forma funcional, psicológica, social y laboral, al tratamiento y a los aspectos estresantes que con la enfermedad aparecen. Sin embargo, específicamente en la Diabetes, Silva y Guzmán (2006), indican que la calidad de vida en estos pacientes también está definida por las complicaciones que se presentan en un momento dado, además de la frecuencia y gravedad de los síntomas de la enfermedad. También plantean que esta se ve influenciada por la medicación, el plan alimenticio, la presencia de alteraciones psiquiátricas, complicaciones de la salud, el cumplimiento físico y problemas acerca del futuro. Sin embargo, contrario a lo planteado anteriormente, Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoss y Chobanian, (1997, citados por Silva y Guzmán 2006), indican que la calidad de vida en pacientes diabéticos podría tener un impacto positivo en el aumento de la actividad física y el adecuado soporte social y emocional.

Sobre la relación entre la diabetes y la calidad de vida, se encuentran varias investigaciones, en las que se evidencia cómo la enfermedad repercute de forma

significativa en la calidad de vida; Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006) encontraron que la calidad de vida de los pacientes se ve afectada principalmente en aspectos relacionados con la función física, la vitalidad, el dolor corporal y la salud mental. Asimismo, Vinaccia et al. (2006) hallaron un deterioro importante en la calidad de vida de pacientes diabéticos principalmente en lo relacionado con la evaluación que el paciente hace sobre su salud; el dolor corporal, la vitalidad, y la actividad física como variables que interfieren en el trabajo y otras actividades, limitando en gran medida su desempeño y productividad. Igualmente, Armas, Legrá y Sierra (2002); concluyeron que la mayoría de estos pacientes tiene una calidad de vida no aceptable con un deterioro significativo en lo que respecta a la función física y psíquica; sin embargo se observó que la función social fue la menos afectada. Siguiendo este orden de ideas, en el estudio de Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz y Ponce de León-Rosales (2005) el 73% de las mujeres evaluadas tenían significativamente una menor calidad de vida y asimismo se encontró que el nivel socio-económico, el apoyo social y tener una pareja, correlacionó positivamente con la calidad de vida; mientras que factores psicológicos, como las formas de contención (evitación y resignación), el rechazo a la enfermedad y el impacto emocional correlacionaron negativamente con la calidad de vida. Sin embargo, Vinaccia et al. (2006) plantean que los comportamientos, creencias y emociones derivadas de la diabetes, modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente, puesto que le permitirá promover su autonomía, adaptación y adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, queda claro que aunque la calidad de vida se ve afectada en personas que padecen cualquier enfermedad, principalmente en las que padecen una enfermedad crónica como la diabetes, debido a que las consecuencias y los

tratamientos de la enfermedad requieren un cambio sustancial en los estilos de vida de las personas, comprometiendo las habilidades de afrontamiento afectivas, sociales y de pensamiento que puede tener o no la persona para afrontar las situaciones adversas producto de su enfermedad.

5.2.4 Afrontamiento y enfermedad

5.2.4.1 Concepto de afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia en el campo de la psicología. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivos desarrollar recursos adaptativos (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición obvia las limitaciones del modelo animal y psicoanalítico del yo por lo siguiente: primero, habla de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso, esto se ve reflejado en el uso de las palabras *constantemente cambiante* y demandas *específicas*. Segundo, plantea una diferencia entre el afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, dado que limita el afrontamiento a las *conductas exageradas y desbordantes*. Tercero, el afrontamiento no se confunde con resultado obtenido, ya que se define como *esfuerzos* para manejar las demandas y cuarto, el hecho de utilizar la palabra *manejar*, se evita comparar el

afrontamiento al dominio; dado que manejar puedes significar también minimizar, evitar, tolerar, y aceptar las condiciones que se presenten.

Lazarus y Folkman (1986), explican el concepto de afrontamiento a través de dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: la una se deriva de la experimentación tradicional con animales, la otra de la teoría psicoanalítica del ego. El planteamiento animal se halla muy influido por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo predecible y controlable en el entorno y así lograr evitar, escapar o vencer los agentes nocivos. Este modelo define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por estrés. En el modelo de la teoría psicoanalítica del ego, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Es importante aclarar que la diferencia entre el modelo animal y el psicoanalítico se basa en el modo en que se percibe y se considera la relación entre el individuo y su entorno.

Otra diferencia entre estos dos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación con el entorno. Lazarus y Folkman (1986) plantean, de acuerdo con Menninger (1963), Hann (1969,1977) y Vaillant (1977) una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego, a las defensas como formas neuróticas de adaptación y a los procesos de fragmentación o fracaso del ego. Menninger (1963, citado por Lazarus y Folkman, 1986) identifica cinco órdenes o recursos reguladores según el nivel de desorganización interna que tenga cada individuo; en el primer orden se encuentran las estrategias que permiten reducir las tensiones causada por las situaciones

estresantes y se conocen como recursos de afrontamiento dentro de los que se encuentran el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentar, jactarse, discutir, pensar y liberar; es importante mencionar que cuando estos recursos se usan de forma extrema o inapropiadamente, se convierten en síntomas de descontrol y desequilibrio. En el segundo orden, se incluyen el abandono por disociación, el abandono a impulsos hostiles y la sustitución del yo o de parte del yo como un objeto de agresión desplazada. En el tercer orden, se encuentran las conductas explosivas episódicas como son: agresiones violentas, convulsiones y crisis de pánico. El cuarto orden representa un aumento de la desorganización y el quinto esa la desintegración total del ego. Asimismo, Vaillant (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) plantea las defensas organizadas en cuatro niveles que van de forma progresiva desde mecanismo psicóticos, a través de mecanismos de inmadurez y neuróticos, hasta el nivel más alto, el de los mecanismos maduros. Igualmente Hann (1969,1977, citado por Lazarus y Folkman ,1986) habla de un sistema jerárquico para organizar los procesos del ego, este proceso lo denominó jerárquica tripartita: afrontamiento, defensa y fragmentación e identifica cada nivel por la forma en que queda expresado un proceso genérico subyacente del ego.

5.2.4.2 Rasgos y estilos de afrontamiento

Los modelos psicoanalíticos de la psicología del yo consideran el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo (Loevinger, 1967; Shapiro, 1965; Vaillant, 1977; citados por Lazarus y Folkman, 1986). El estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado y, generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo. Por su parte, los rasgos, que hacen referencia a las propiedades de las que

dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tiene generalmente un espectro menos amplio.

Dentro de los estilos de afrontamiento se encuentra el patrón A y los estilos cognitivos. El concepto de patrón A incide más en la conducta que en los procesos del yo y tiene un aire completamente distinto. Friedman y Roseman (1974, citados por Lazarus y Folkman, 1986) definieron el patrón A como un esfuerzo crónico e incesante de mejorar cada vez más en menos tiempo y, si es necesario, contra la oposición de cosas o personas. El patrón A es una constelación de tres conceptos entre sí – un conjunto de creencias sobre uno mismo y sobre el mundo; un conjunto de valores convergentes en un modelo de motivación o de compromiso y un estilo conductual de vida que actúan en una amplia variedad de contextos. Por otro lado, los estilos cognitivos se refieren a las respuestas automáticas más que a las que obedecen a un esfuerzo y, por tanto, sirven como mecanismo de control y sus efectos guardan cierto parecido con lo que a veces se quiere decir con estilo de afrontamiento.

5.2.4.3. El afrontamiento como proceso

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, contrario a lo que generalmente haría en determinadas condiciones. Segundo, lo que el individuo hace o piensa es analizado dentro de un contexto específico y tercero, hablar de afrontamiento es hablar de cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose (Lazarus y Folkman, 1986). Así mismo, se puede decir que el afrontamiento es un proceso cambiante donde el individuo en determinados momentos y/o

situaciones deberá asumir y contar con estrategias defensivas y en otros momentos contar con aquellas que le permitan dar solución al momento o situación problema.

Diferentes autores plantean que el proceso de afrontamiento se puede describir en términos de etapas. Main (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) en su trabajo sobre la separación de un niño pequeño de su madre, habla de tres etapas de separación: protesta, desesperación y desvinculación, consideradas todas como formas de afrontar la experiencia estresante. Igualmente Shontz (1975, citado por Lazarus y Folkman, 1986) plantea que se presentan tres etapas cuando un individuo enfrenta a una enfermedad física importante o una incapacidad; la primera es la de *shock*, aparece cuando la crisis ocurre sin previo aviso. La segunda es la de *encuentro*, un periodo intenso donde el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización y por último la retirada, corresponde a la negación, es decir, poco a poco va siendo abandonada esta etapa a favor de una creciente comprobación de la realidad; este proceso es considerado por Shontz (1975, citado por Lazarus y Folkman, 1986) como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad. A su vez, lo que se llaman etapas de afrontamiento puede ser el simple reflejo de las demandas físicas o ambientales cambiantes y de las correspondientes secuencias internas que tienen lugar en el sujeto (Lazarus y Folkman, 1986). Por su parte Baker y Chapman (1962, citados por Lazarus y Folkman, 1986) plantean la literatura sobre desastres que habla de etapas de acontecimientos más etapas de afrontamiento y se definen tres: anticipatoria o de aviso, de impacto o de confrontación y de post-impacto o post-confrontación. La primera, hace referencia a que el acontecimiento no ha sucedido todavía y los aspectos a evaluar incluyen la posibilidad de

que el acontecimiento ocurra o no, también evalúa si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto puede hacerlo y de qué forma. La segunda, hace referencia a los pensamientos y acciones importantes para el control que empiezan a perder valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado; aquí el individuo puede comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba; y la tercera hace referencia a que emergen todo un conjunto de nuevas consideraciones así el acontecimiento estresante haya finalizado. Finalmente los cambios en la relación del individuo con el entorno, promovidos por la conducta llevada a cabo durante la interacción estresante pueden poner en claro la necesidad de regular las emociones o indicar que tal regulación se ha hecho todavía más necesaria.

La conceptualización del afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Es importante, hacer una diferenciación entre las funciones del afrontamiento con los resultados; la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene (Lazarus y Folkman, 1986). Cuando el concepto de función de afrontamiento se formula dentro del modelo psicoanalítico del yo, la función central es la de reducir la tensión y devolver el equilibrio. A su vez, Janis y Mann (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) plantean que las funciones del afrontamiento tienen que ver con la toma de una decisión, particularmente la búsqueda y evaluación de información. Por su parte White (1974, citado por Lazarus y Folkman, 1986) cita tres de ellas: una, asegurar la información adecuada del entorno, dos, mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción para el procesamiento de la información y tres, mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar

el propio repertorio según un modelo flexible de expresión. Mechanic (1974, citado por Lazarus y Folkman, 1986) plantea tres funciones desde una perspectiva socio-psicológica que son: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Siguiendo este orden de ideas, Lazarus y Folkman (1986) plantean que hay una diferencia entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema, este afrontamiento es conocido como *afrontamiento dirigido al problema*. A su vez está el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar, este afrontamiento es conocido como *afrontamiento dirigido a la emoción*.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción

Existen diferentes formas de afrontamiento dirigidos a la emoción; uno es el grupo de los procesos cognitivos cuya finalidad es la de disminuir el grado de trastorno emocional; dentro de este grupo se encuentran las estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Existe también, otro grupo de estrategias cognitivas, cuya finalidad es la de aumentar el grado de trastorno emocional, es decir, algunos individuos necesitan sentirse lo suficientemente mal, antes de experimentar sentirse mejor, y para encontrar consuelo necesitan sentir un trastorno intenso para luego pasar al auto-reproche o a cualquier otra de auto-castigo. Por su parte, dentro estas estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, se encuentran las que permiten

modificar la forma de vivir la situación, pero sin cambiarla objetivamente; a estas estrategias se les conoce como de re-evaluación. (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) plantean, que estos afrontamientos cognitivos se conocen como re-evaluaciones defensivas, aclarando que aunque la palabra *defensivo* implica distorsión de la relación con la realidad, no todas las re-evaluaciones son defensivas; por ejemplo están las comparaciones positivas o la extracción de valores de las situaciones negativas. Es importante tener en cuenta que las re-evaluaciones no sólo van dirigidas a la emoción, sino que algunas se pueden dirigir al problema en sí mismo.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, no siempre cambian directamente el significado del acontecimiento como lo hacen las re-evaluaciones cognitivas; existen la atención selectiva o la evitación, que hablan de que el cambio de significado de una situación dependerá de lo que sea tomado en cuenta o de lo que se quiere evitar. Finalmente, Lazarus y Folkman (1986) plantean, que los individuos utilizan las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara.

Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Lazarus y Folkman (1986) plantean, que las estrategias dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución del problema. Las estrategias están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación; estas estrategias también incluyen las que hacen referencia al interior del sujeto. Por otro lado, la

resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno.

Kahn y sus colaboradores (1964, citados por Lazarus y Folkman, 1986) hablan de dos grupos principales de estrategias: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. Las estrategias que hacen referencia al entorno, están dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos. Las estrategias que se refieren al sujeto, están encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Es importante aclarar que a estas estrategias fueron denominadas *re-evaluaciones cognitivas dirigidas al problema*, exceptuando las que hacen referencia al desarrollo de conductas nuevas y del aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Lazarus y Folkman (1986) plantearon cinco estrategias de afrontamiento defensivo denominadas: búsqueda de información, resolución de problemas, inhibición de la acción, actuación directa sobre el problema y pensamiento mágico.

Dentro de lo que se ha planteado, se ha hablado que el afrontamiento está determinado por la evaluación cognitiva, también se ha hablado del individuo y del entorno y ahora se hablará de lo que el individuo puede hacer, y de cómo la forma en que afronte las situaciones dependerá de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de esos recursos. Lazarus y Folkman (1986) plantean que es imposible catalogar todos los recursos que muestran las personas, sin embargo hablan de identificar unas

principales categorías del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas. *Las creencias de salud y energía* son indispensables para casi todas las situaciones estresantes; una persona frágil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta; es decir, es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien, que cuando se encuentra mal. *Las creencias positivas*, se conocen como un importante recurso psicológico para el afrontamiento; estas creencias sirven de base para la esperanza ya que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas; la esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla. Es importante aclarar, que no todas las creencias sirven para al afrontamiento, ya que algunas pueden disminuir la capacidad de afrontar los problemas y son conocidas como creencias negativas. También se encuentran las *técnicas para la resolución de problemas* que hacen referencia a conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Man 1977, citados por Lazarus y Folkman, 1986). Estas técnicas se derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información y habilidades cognitivo-intelectuales.

Asimismo, están las habilidades sociales que son un importante recurso de afrontamiento en lo relacionado con la actividad social en la adaptación humana. Las habilidades sociales, se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva; además facilitan la resolución de problemas, aumentan la capacidad de atraer apoyo y aportan control sobre las interacciones sociales.

En su caso, el apoyo social se refiere a la posibilidad del individuo de encontrar apoyo emocional, informativo y/o tangible en el otro y finalmente los recursos materiales hacen referencia al dinero, bienes y servicios que pueden adquirirse con él (Lazarus y Folkman, 1986).

Siguiendo este orden de ideas, es de esperarse que en la utilización de recursos muchas veces las demandas excedan la disponibilidad de recursos con que cuenta el individuo, aclarando que aún teniendo los recursos adecuados el individuo no los utiliza en su totalidad para evitar crear conflictos y perturbaciones adicionales. Estas limitaciones se llaman coactores y se derivan de factores tanto personales como ambientales. Los factores personales hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos. Los valores y creencias culturales sirven como normas que determinan cuándo ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no (Lazarus y Folkman, 1986). Klass (1981, citado por Lazarus y Folkman, 1986) en su investigación con alumnas que experimentaban un gran sentimiento de culpa respecto a las conductas asertivas refirieron ser menos asertivas en los contextos sociales que no se sentían culpables. La culpa sugiere la existencia de un factor de coacción presumiblemente derivado de los procesos de socialización. Por otro lado, también están dentro de los factores personales, las formas de apoyo social; Lazarus y Folkman (1986) plantean que cuando una persona entra en crisis, muchas veces es incapaz de utilizar el apoyo social al sentirse coaccionado por este; puede que no acepte ayuda, porque aceptarla significaría que está necesitado o desvalido; o puede que no quiera sentirse obligado o quizá desconfía de los motivos por los que tal ayuda se le brinda. A su vez, existen otros factores coactivos personales como son: la tolerancia a la ambigüedad, miedo al fracaso, miedo al éxito, los

problemas con las figuras de autoridad, necesidad de dependencia y estilos particulares de hacer las cosas.

Por otro lado, están los factores ambientales, que muchas veces impiden el uso apropiado de los recursos cómo lo muestra Dill y colaboradores (1980, citados por Lazarus y Folkman, 1986) en el estudio sobre el estrés y el afrontamiento en madres trabajadoras de nivel socio-económico bajo, donde concluyeron, que el entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas presentadas al individuo, así como en el tipo de opciones disponibles para tratar las situaciones amenazantes. Es importante aclarar que nos siempre los factores ambientales serán inhibidores del empleo de estrategias de afrontamiento, muchas veces pueden ser facilitadores, cómo lo muestra Lucas (1969, citado por Lazarus y Folkman, 1986) en su estudio sobre la conducta del grupo en un accidente de una mina donde seis hombres, atrapados por una explosión, escaparon de la inundación al afrontar la posibilidad de una muerte inminente mientras esperaban el rescate.

Los individuos al enfrentarse a situaciones problema o estresantes, se sienten amenazados, la amenaza puede verse o sentirse como mínima cuando no genera mayor grado de estrés y como máxima cuando provoca sentimientos negativos intensos como el miedo. Lazarus y Folkman (1986) hablan que los recursos y condicionantes, junto con el grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. Igualmente plantean que, el grado en que una persona se siente amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de los condicionantes que limitan su aplicación. El grado de amenaza, a su vez, influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuanto mayor es la amenaza, más primitivos,

desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitado al abanico de los modos de afrontamiento dirigido al problema.

Por su parte, Janis y Mann (1977, citados por Lazarus y Folkman, 1986) en el modelo de conflicto sobre la toma de decisiones, hablan, que la amenaza extrema conduce a una acumulación inefectiva de la información y a una evaluación incorrecta, debido a la que ellos llaman hipervigilancia. La hipervigilancia se caracteriza por fantasías obsesivas, funcionamiento cognitivo limitado y establecimiento prematuro de conclusiones. Por otro lado, Anderson (1977, citado por Lazarus y Folkman, 1986) concluyó que, cuando el grado de estrés percibido era moderado, la respuesta dominante consistía en estrategias dirigidas al problema y cuando el grado de estrés era alto, predominaban los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, junto con una mayor frecuencia de conducta emocional o defensiva.

Finalmente Lazarus y Folkman (1986) plantean que el afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia. También hablan que el modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (salud, energía física), las creencias existenciales (la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

De acuerdo a lo expuesto a lo largo del marco teórico, queda clara la importancia de la intervención psicológica en pacientes diabéticos, enfocada en brindar herramientas que

permitan una concientización sobre la necesidad de mantener una información clara y precisa con relación a la diabetes; en qué consiste, como se puede tratar, qué complicaciones se pueden presentar y de qué manera se pueden evitar las complicaciones propias de la enfermedad, lo que permitirá un adecuado manejo de la diabetes logrando así una adhesión al tratamiento la cual se traducirá en la adopción de cambios positivos en el estilo de vida que repercutirán favorablemente en la salud de los pacientes diabéticos. De acuerdo con lo anterior, una adecuada adhesión al tratamiento esta mediada principalmente por el comportamiento activo y voluntario que el paciente asuma frente aspecto como el control médico, hábitos alimenticios y la actividad física. Asimismo, la adhesión al tratamiento se ve influenciada por factores relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento, con la institución prestadora de servicio de salud y con la interacción que el paciente diabético tenga con el personal de salud.

A partir de la aparición de la enfermedad crónica, se genera una ruptura en el entorno familiar, social y/o laboral siendo necesaria la adopción de conductas propicias que permitan superar dicha ruptura. Para esto resulta adecuado el uso de estrategias de afrontamiento como el apoyo social y profesional, la re-evaluación positiva y la solución de problemas entre otras, las cuales permitirán el manejo de demandas externas e internas generadas a partir de la enfermedad, logrando así una adecuada adhesión al tratamiento y por ende un mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

6. HIPÓTESIS

H_i El programa de intervención permitirá modificar los factores psicológicos asociados con la poca adhesión al tratamiento de pacientes diabéticos.

H₀ El programa de intervención no permitirá modificar los factores psicológicos asociados con la poca adhesión al tratamiento de pacientes diabéticos.

7. MÉTODO

7.1 Tipo de Investigación

Se trata de un estudio cuasi-experimental con diseño test- post-test.

7.2 Muestra

Se trabajó con una muestra de 50 pacientes diabéticos; 14 pacientes pertenecientes a la Fundación oftalmológica de Santander *Clínica Carlos Ardila Lülle-FOSCAL*- cuyo criterio de selección fue la glicemia pre con un valor igual o mayor a 165 y dos o más inasistencias a control médico; y 36 pacientes pertenecientes a la Fundación Santandereana de Diabetes y obesidad FUSANDE- cuyo criterio de selección fue el examen de hemoglobina glicosilada con un valor igual o mayor al 7%. La muestra estuvo conformada por 18 hombres (36,0%) y 32 mujeres (64,0%) cuyo rango de edad estuvo entre los 28 y 88 años, con una media de 62,59 años y una desviación típica de 13,0. La sub-muestra es decir, con quienes se realizó el programa fue de 7 pacientes pertenecientes a FUSANDE, conformada por 2 hombres (28,6%) y 5 mujeres (71,4%) cuyo rango de edad fue de 58 y 86 años, con una media de 67,86 y una desviación típica de 8,93.

7.3. Instrumentos

Cuestionario de Conductas de Enfermedad IBQ (Illness Behavior Questionnaire) (Ballester y Botella, 1991), para explorar actitudes y sentimientos sobre la enfermedad. El instrumento se desarrolla a lo largo de siete escalas las cuales son *hipocondría general*:

actitud frente a la enfermedad llena de temor con cierta conciencia de su naturaleza excesiva; *convicción de enfermedad*: creencia firme en la presencia de una alteración somática y un rechazo al intento de tranquilización por parte de los profesionales sanitarios; *percepción psicológica versus somática de la enfermedad*: es un factor bipolar, indica que el paciente está dispuesto a aceptar la influencia de factores psicológicos de su enfermedad; *inhibición afectiva*: dificultad para expresar sentimientos personales especialmente los negativos; *perturbación afectiva*: percepción de los sujetos sobre los síntomas afectivos originados por la enfermedad (ansiedad, depresión, tensión); *negación*: tendencia a negar la existencia de problemas vitales fuera de la enfermedad, atribuyendo todas las dificultades a sus problemas de salud; *irritabilidad*: sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente en contextos interpersonales (Ver anexo 1).

Tabla 1

Ficha Técnica Cuestionario Conductas de Enfermedad IBQ

IBQ	VERSION ESPAÑOLA	ORIGINAL
NOMBRE	Cuestionario de Conductas de Enfermedad	Illness Behavior Questionnaire
AUTOR	Validación de Ballester y Botella (1991)	Pilosky y Spence (1975)
REFERENCIA	Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1991; 19: 263-277	Pain 1977; 4: 183-92
CORRESPONDENCIA	Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, Facultad de medicina, Universidad de Murcia. bllor@um.es	University of Sydney. issyp@met.usyd.edu.au . Camperdown New South Wales 2006, Australia.
	Tipo de Instrumento: Calidad de vida	Área terapéutica o de aplicación: Genérico
	Patología: todas	Numero de ítems: 62

CARACTERISTICAS	Población: Adultos	Dimensiones: Hipocondría general; Convicción de enfermedad; Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad; Inhibición afectiva; Perturbación afectiva; Negación e Irritabilidad
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	Alfa de crombach para las diferentes escalas osciló entre 0.77 y 0.84	

Cuestionario de salud SF36 (Alonso, Prieto y Antó, versión española, 1995), para evaluar la calidad de vida. Este instrumento se presenta mediante 36 ítems contenidos en ocho escalas las cuales son: *Función Física*: grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el auto-cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos; *Rol Físico*: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades; *Dolor corporal*: la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar; *Salud general*: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar; *Vitalidad*: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; *Función Social*: grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual; *Rol emocional*: grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar; *Salud mental*: salud mental general, teniendo en cuenta factores como la depresión, la ansiedad, el control de la conducta, el control

emocional y el efecto positivo en general (Ver anexo 1). El instrumento indica que a mayor puntuación, mejor estado de salud, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 2

Estados de Salud Según las puntuaciones en la escala SF36

Dimensión	Peor Puntuación	Mejor Puntuación
Función física	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividad física incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo

Tabla 3

Ficha Técnica Cuestionario de Salud

SF-36	VERSION EN ESPAÑOL	ORIGINAL
NOMBRE	Cuestionario de Salud SF-36 Versión 2	Medical Outcomes Study (MOS) 36 – Item Short Form
AUTOR	Alonso, Prieto y Antó (1995)	Ware JE y cols
REFERENCIA	Med. Clin (Barc) 1995; 104: 771-776	Med Care 1992; 30: 473 – 83
CORRESPONDENCIA	Unidad de investigación de recursos sanitarios (IMIM-IMAS) c/Dr. Aiguader, 88. 08003 Barcelona. BiblioPRO@imim.es	The Medical outcomes trust (MOT), Boston. Info@qmetric.com
CARACTERISTICAS	Tipo de Instrumento: Calidad de vida	Área terapéutica o de aplicación: Genérico
	Patología: todas	Numero de ítems: 36
	Población: Adultos	Dimensiones: Función física (10); Rol físico (4); Dolor corporal (2); Salud general (5); vitalidad (4); función social (2); Rol emocional (3); Salud mental (5).
PROPIEDADES PSICOMETRICAS	Alfa de Crombach entre 0,45 y 0,94, con una media de 0,78. Excepto la escala función social que fue de 0,45	

Escala de estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006), para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza cada paciente frente a las diferentes situaciones problema. La prueba está conformada por 69 ítems y 12 componentes: *solución de problemas*: secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, *búsqueda de apoyo social*: apoyo proporcionado por grupo de amigos, familiares u otros, *espera*: se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, *religión*: creencia en un Dios paternalista para tolerar el problema o generar una solución, *evitación emocional*: movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones, *búsqueda de apoyo profesional*: empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y las alternativas para enfrentarlo, *reacción agresiva*:

expresión impulsiva de la emoción de la ira hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos la cual puede disminuir la carga emocional de la persona en un momento determinado, *evitación cognitiva*: busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores por medio de la distracción y la actividad, *expresión de la dificultad de afrontamiento*: tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema, *reevaluación positiva*: busca aprender de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema, *negación*: ausencia de aceptación del problema y *autonomía*: tendencia en responder ante el problema, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas (Ver anexo 1).

Tabla 4

Ficha Técnica Escala de Estrategias de Coping Modificada EEC-M

EEC-M	VERSION EN ESPAÑOL	ORIGINAL
NOMBRE	Escala de estrategias de coping modificada (EEC-M)	(1993) Coping Strategies Scale (CSS-R)
AUTOR	Nora Helena Londoño y Cols (2006)	Chorot and Sadin's
REFERENCIA	Universitas Psychologica Print ISSN 1657-9267 Univ.Psychol. vol.5 no.2 Bogotá Jan ./May 2006	Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED.
CORRESPONDENCIA	Universidad de San Buenaventura, Medellín Correo electrónico: USBLOTUS@usbmed.edu.co	
	Área terapéutica o de aplicación: Salud mental y psicopatología	.
	Numero de ítems: 69	

CARACTERISTICAS	Población: Adultos	Dimensiones: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, re-evaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.
PROPIEDADES PSICOMETRICAS	Alfa de crombach de 0,847	

Cuestionario Conocimientos Sobre Diabetes y su Tratamiento (Contreras, 2006), se desarrolla a lo largo de cincuenta ítems mediante los cuales se busca evaluar el conocimiento de los pacientes frente a la enfermedad y su tratamiento (Ver anexo 1).

Tabla 5

Ficha Técnica Cuestionario sobre Diabetes y su Tratamiento

CDT	VERSION COLOMBIANA
NOMBRE	Cuestionario Conocimiento Sobre Diabetes y su Tratamiento.
AUTOR	Olga Maria Contreras (2006)
REFERENCIA	Identificación de los factores psicológicos asociados a la poca adherencia al tratamiento en una muestra de pacientes diabéticos pertenecientes al programa de la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad-Fusande
CORRESPONDENCIA	olgamariacontreras@gmail.com
CARACTERISTICAS	Tipo de instrumento: conocimiento sobre diabetes y su tratamiento
	Numero de ítems: 50
	Dimensiones: información general sobre la enfermedad, información sobre las complicaciones, conciencia de necesidad de información, información nutricional, información sobre el cuidado físico, conductas sobre prevención, conducta hacia la adherencia terapéutica, rasgos depresivos, estrategias cognitivas, carga racional emotiva, necesidad manifiesta de intervención psicológica, información previa psico-educativa y necesidad psico-educativa.

7.4 Procedimiento

Para la realización de esta investigación se desarrollaron tres fases:

Obtención de la muestra: se contactó al equipo interdisciplinario del programa de riesgo cardiovascular de la Clínica Carlos Ardila Lülle con el fin de invitarlos a participar de la investigación, una vez dado el visto bueno por parte de la institución, se procedió a contactar a los pacientes vía telefónica, sin embargo debido a la baja respuesta que se presentó, se invitó a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE, a ser parte de la investigación con el fin de completar la muestra necesaria.

Aplicación de instrumentos: Una vez contactados los pacientes se les asignó una cita con una duración de una hora, en donde se les dió a conocer todo lo relacionado con la investigación y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato; posteriormente se aplicaron los instrumentos, previa obtención del consentimiento para participar (Ver anexo 1).

Diseño y ejecución del programa de intervención: a través del análisis estadístico mediante el SPSS 11.5 se obtuvieron los resultados que permitieron orientar el diseño del programa de intervención psicológica para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento. El pilotaje se realizó por un periodo de seis semanas. Una vez concluido el pilotaje se realizó una nueva aplicación de los instrumentos y análisis de los resultados lo cual permitió medir el impacto del programa. (Ver anexo 2)

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio estructurados así:

En primer lugar se presentan los datos descriptivos de la muestra, en segundo lugar los resultados obtenidos por la muestra en las pruebas aplicadas y en tercer lugar se presentan los resultados de la aplicación del programa con la muestra seleccionada, comparando los resultados del pre-test y el pos-test.

Se trabajó con una muestra total de 50 pacientes, 14 pertenecientes a la Fundación Oftalmológica de Santander *Clínica Carlos Ardila Lülle-FOSCAL*- cuyo criterio de selección fue la glicemia pre con un valor igual o mayor a 165 mg/dl y dos o más inasistencias a control médico; y 36 pacientes pertenecientes a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad – FUSANDE, cuyo criterio de selección fue el examen de hemoglobina glicosilada con un valor igual o mayor al 7%. La razón para la utilización de dos pruebas distintas para la selección de la muestra se debe a razones de preferencia y protocolo propias de cada institución. La muestra estuvo conformada por 18 hombres (36%) y 32 mujeres (64%) cuyo rango de edad fue de 28 y 88 años, con una media de 62,59 años y una desviación típica de 13,0. La sub-muestra estuvo conformada por los pacientes que respondieron a la invitación por parte del equipo investigador. Sólo se obtuvo respuesta permanente de 7 pacientes pertenecientes a FUSANDE; quedando la sub-muestra conformada por 2 hombres (28,6%) y 5 mujeres (71,4%) cuyo rango de edad fue de 58 y 86 años respectivamente, con una media de 67,86 y una desviación típica de 8,93.

A continuación se presentan los datos secuenciales y los resultados del pre-test obtenidos a partir de los diferentes cuestionarios empleados.

En la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario *Illness Behavior Questionnaire IBQ* (N=50) diferenciado por sexo. Los datos indican que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres frente a las

conductas de la enfermedad, sin embargo se observó que las mujeres puntuaron más alto con relación a los factores: hipocondría general, convicción de la enfermedad, percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad, perturbación afectiva y negación de los problemas vitales.

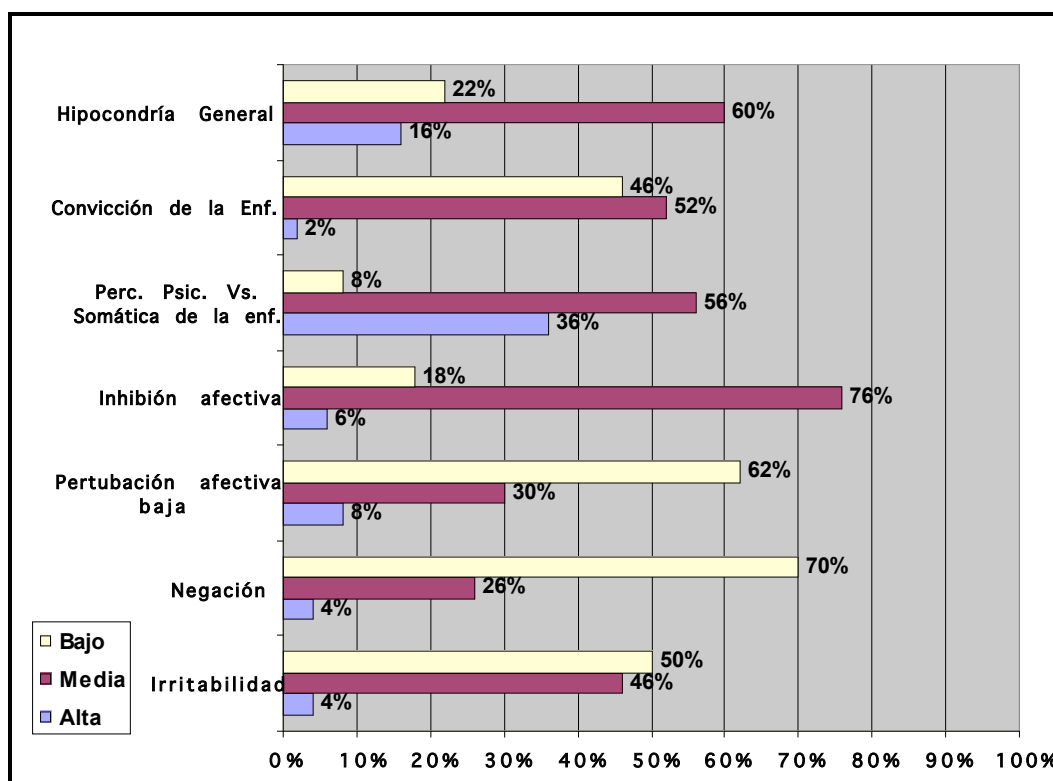
Tabla 6				
<i>Prueba T de student para muestras independientes en el instrumento Illness Behavior Questionnaire IBQ diferenciado por Sexo (n=50)</i>				
Factor	Media		Desviación típica	
	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)
Hipocondría general	2,83	3,42	2,12	2,05
Convicción de enfermedad	3,44	3,63	1,04	1,07
Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad	1,78	2,06	1,11	1,08
Inhibición afectiva	2,83	2,59	0,92	1,27
Perturbación afectiva	1,94	2,19	1,51	1,65
Negación problemas vitales	1,56	1,84	1,38	1,50
Irritabilidad	1,78	1,75	1,31	1,27

Para el cuestionario conductas de enfermedad se trabajó con los factores y puntos de corte: Hipocondría general, baja: menor-igual a 1; Media: entre 2 y 5; Alta: igual-mayor de 6. Convicción de enfermedad, baja: menor-igual a 3; Media: 4-5; Alta: igual-mayor a 6. Percepción psicológica versus somática de la enfermedad, baja: menor-igual 0; Media: entre 1-2; Alta: igual-mayor a 3. Inhibición afectiva, baja: entre 0 y 1; Media: entre 2 y 4; Alta: mayor-igual a 5. Distorsión afectiva, baja: menor-igual a 2; Media: entre 3 y 4; Alta: mayor-igual a 5. Negación de los problemas, baja: menor-igual a 2; Media: entre 3 y 4;

Alta: mayor-igual a 5. Irritabilidad, baja: entre 0 y 1; Media: entre 2 y 4; Alta: mayor-igual a 5.

En el gráfico 1 se presentan las frecuencias relacionadas con el cuestionario de conductas sobre enfermedad IBQ, de acuerdo con los rangos de alta media y baja; el cual muestra que existe una proporción de pacientes importante que puntuaron alto y medio en las escalas de hipocondría general (76%), convicción de la enfermedad (54%), inhibición afectiva (82%), percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad (92%) e irritabilidad (50%). De igual forma se presenta una proporción importante de pacientes que puntuaron bajo en las escalas perturbación afectiva (62%) e irritabilidad (46%).

Gráfico 1
Frecuencia Cuestionario Conductas de Enfermedad (IBQ)



En la tabla 7 se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario de salud SF36 (N=50) diferenciado por sexo. Los datos indican que existe una diferencia significativa al nivel del 0,05 con respecto al factor función física puntuando más alto los hombres (75,28) que las mujeres (57,03). Sin embargo, se observó según la puntuación de las medias que las mujeres puntuaron más alto en los factores salud general, rol físico, función social, rol emocional y dolor corporal; mientras que los hombres puntuaron más alto en factores como vitalidad y salud mental.

Tabla 7

Prueba T de student para muestras independientes en el instrumento Cuestionario de Salud SF36 diferenciado por Sexo (n=50)

Factor	Media		Desviación típica	
	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)
Salud general	59,33	64,66	17,54	17,78
Función física	75,28(*)	57,03	22,52	29,23
Rol físico	63,89	64,06	42,20	42,57
Vitalidad	69,17	61,41	22,05	22,66
Función social	48,61	56,64	20,06	20,57
Rol emocional	72,22	76,04	41,62	37,13
Salud mental	68,67	68,50	23,53	20,03
Dolor corporal	43,78	48,22	25,57	22,11

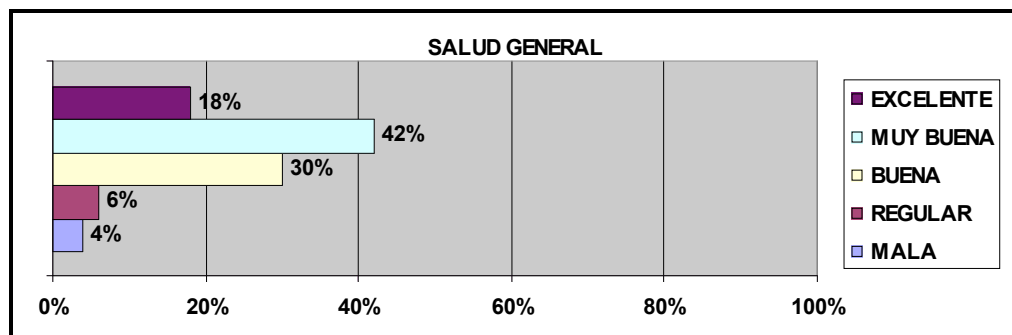
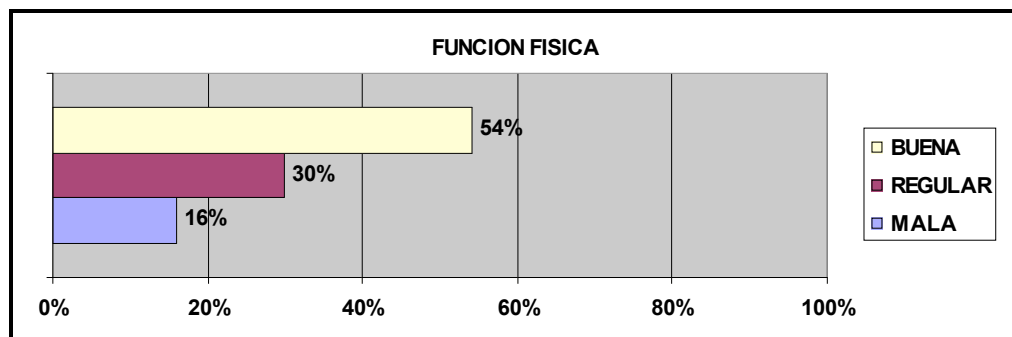
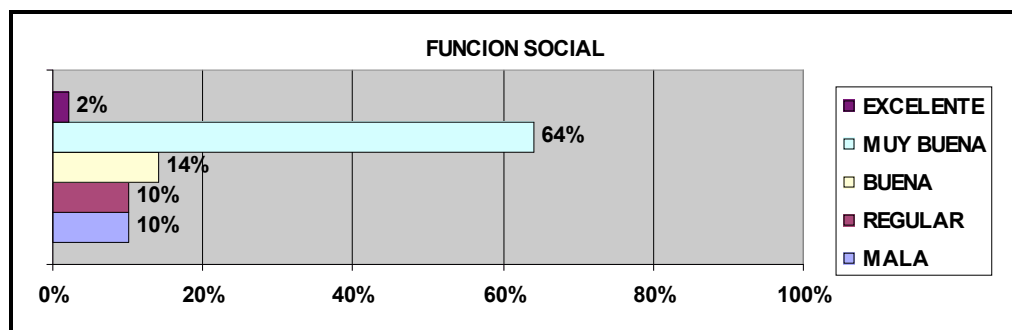
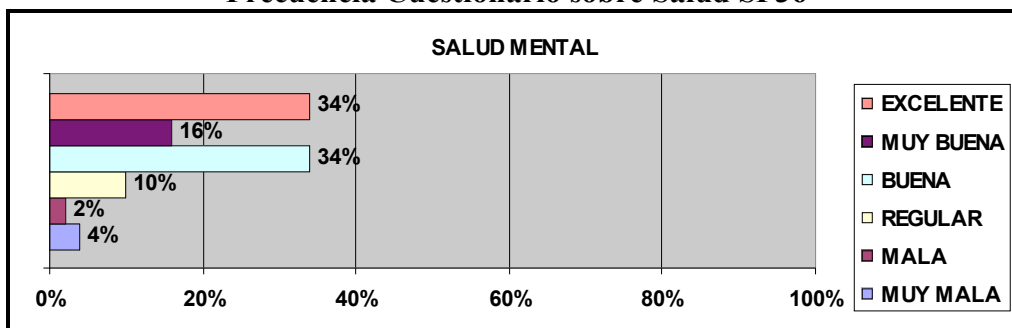
* p < 0,05

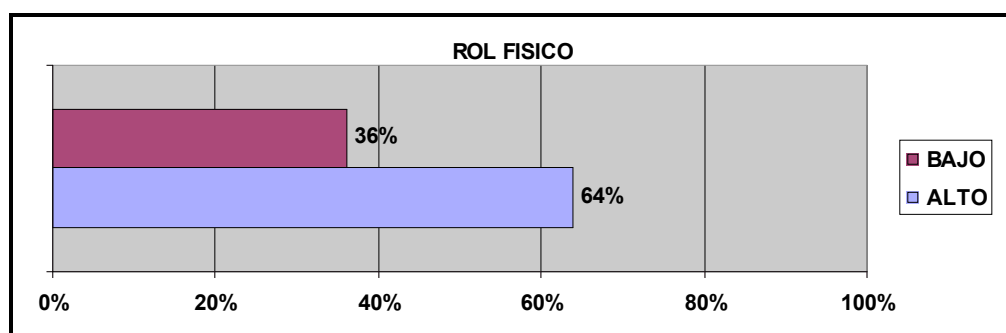
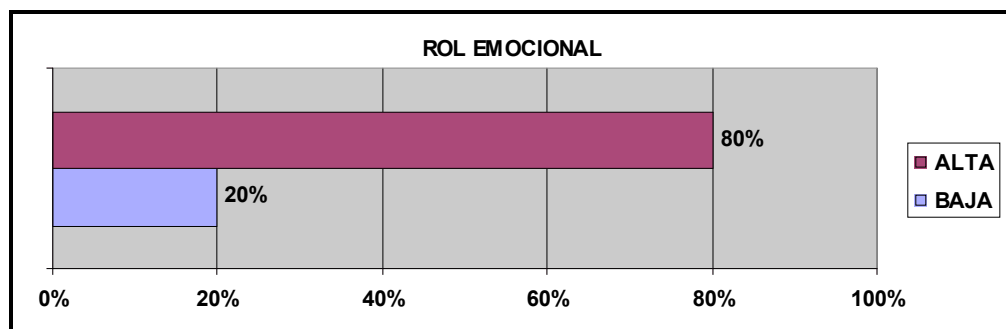
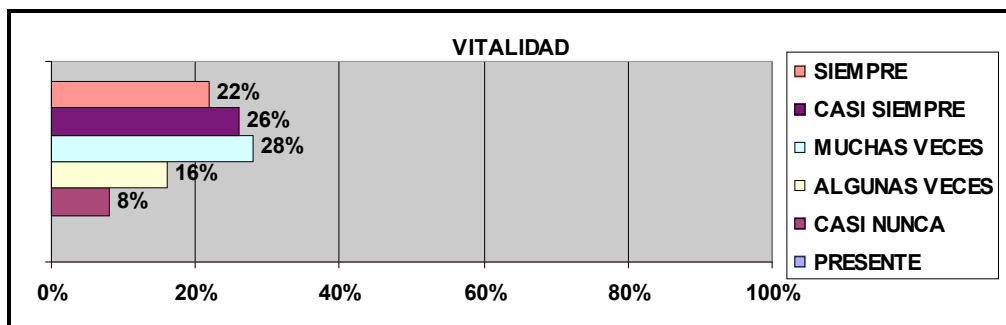
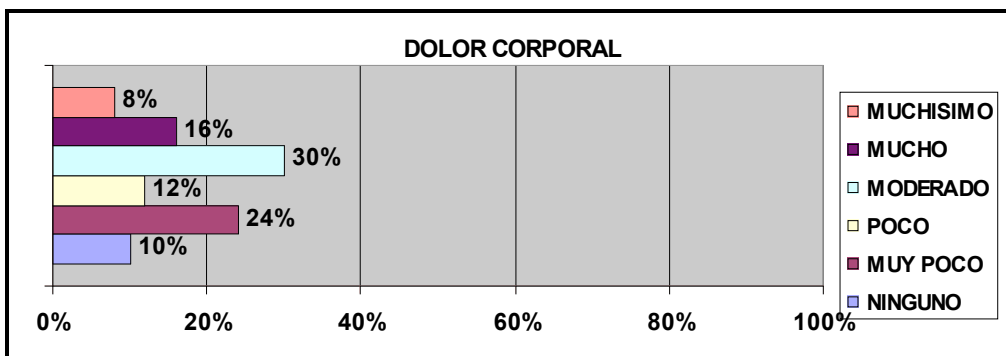
Para el cuestionario sobre salud SF36 se trabajó con las 8 escalas de evaluación: salud mental, función social, función física, salud general, dolor corporal, vitalidad, rol emocional y rol físico.

En el gráfico 2 se presentan las frecuencias relacionadas con el cuestionario de salud SF-36, el cual muestra que en la escala de Salud Mental, una proporción alta de pacientes (84%) no presentan depresión ni ansiedad. En la escala Función Social, se observa que un porcentaje alto de pacientes (80%) refiere que los problemas de salud o emocionales no

interfieren en la vida social habitual, aunque en un 20% de la muestra los problemas de salud o emocionales sí afectan su vida social habitual. En la escala de Función Física se observa que la mitad de los pacientes (54%) no están limitados en sus actividades físicas habituales (correr, subir, bajar, caminar), mientras que un 46% sí presenta algún grado de limitación. En la escala de Salud General, se observa una proporción muy alta de pacientes (90%) que evidencia una valoración adecuada de la salud actual y las expectativas de salud frente al futuro. En la escala de Dolor Corporal, se observa que la mitad de los pacientes (54%) evidencian que la intensidad del dolor afecta el trabajo. En la escala de vitalidad se observa que el 100% de los participantes presenta sentimientos de agotamiento y cansancio. En la escala de Rol Emocional, se presenta una proporción importante de pacientes (80%) que puntuaron alto, es decir, que sus problemas emocionales no interfieren en sus actividades diarias ya sea dentro de la casa o en el trabajo; sin embargo, el 20% restante que obtuvo el puntaje bajo, son personas para quienes los problemas emocionales sí intervienen en sus actividades y en el tiempo dedicadas a ellas. Finalmente, con respecto a la escala de Rol Físico, se observa que el 64% de los participantes percibe que el estado de salud no interfiere en el trabajo y demás actividades; mientras que el 36% de los participantes, sí perciben que el estado de salud interfiere en mayor o menor grado en el trabajo y otras actividades.

Grafico 2
Frecuencia Cuestionario sobre Salud SF36





En la tabla 8 se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Escala de Estrategias de Coping – Modificada EEC-M. (N=50) diferenciado por sexo. Los datos indican que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres,

puntuando más alto las mujeres en los factores espera (30,72) al nivel del 0,05 y religión (37,16) al nivel del 0,01. De igual forma según la puntuación de las medias, se observó que los hombres puntuaron más alto en los factores solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, autonomía y reacción agresiva, mientras que las mujeres puntuaron más alto en evitación emocional, evitación cognitiva, re-evaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento y negación.

Tabla 8

Prueba T de student para muestras independientes en el instrumento Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) diferenciado por sexo (n=50)

Factor	Media		Desviación típica	
	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)
EA-Solución problemas	37,94	34,47	11,48	12,57
EA-Apoyo social	22,56	21,72	7,69	8,49
EA-Espera	24,83	30,72(*)	9,27	9,57
EA-Religión	28,39	37,16(**)	9,34	6,88
EA-Evitación emocional	22,12	23,88	10,10	9,81
EA-Búsqueda de apoyo profesional	18,50	17,28	8,46	6,86
EA-Reacción agresiva	11,44	10,06	5,97	5,04
EA-Evitación cognitiva	15,00	16,63	4,60	5,42
EA-Reevaluación positivo	18,06	19,19	7,91	5,72
EA-Expresión de dificultades	9,06	10,28	3,06	4,30
EA-Negación	8,50	10,22	3,81	4,53
EA-Autonomía	5,94	5,09	2,86	2,29

*p < 0,05; ** p < 0,01

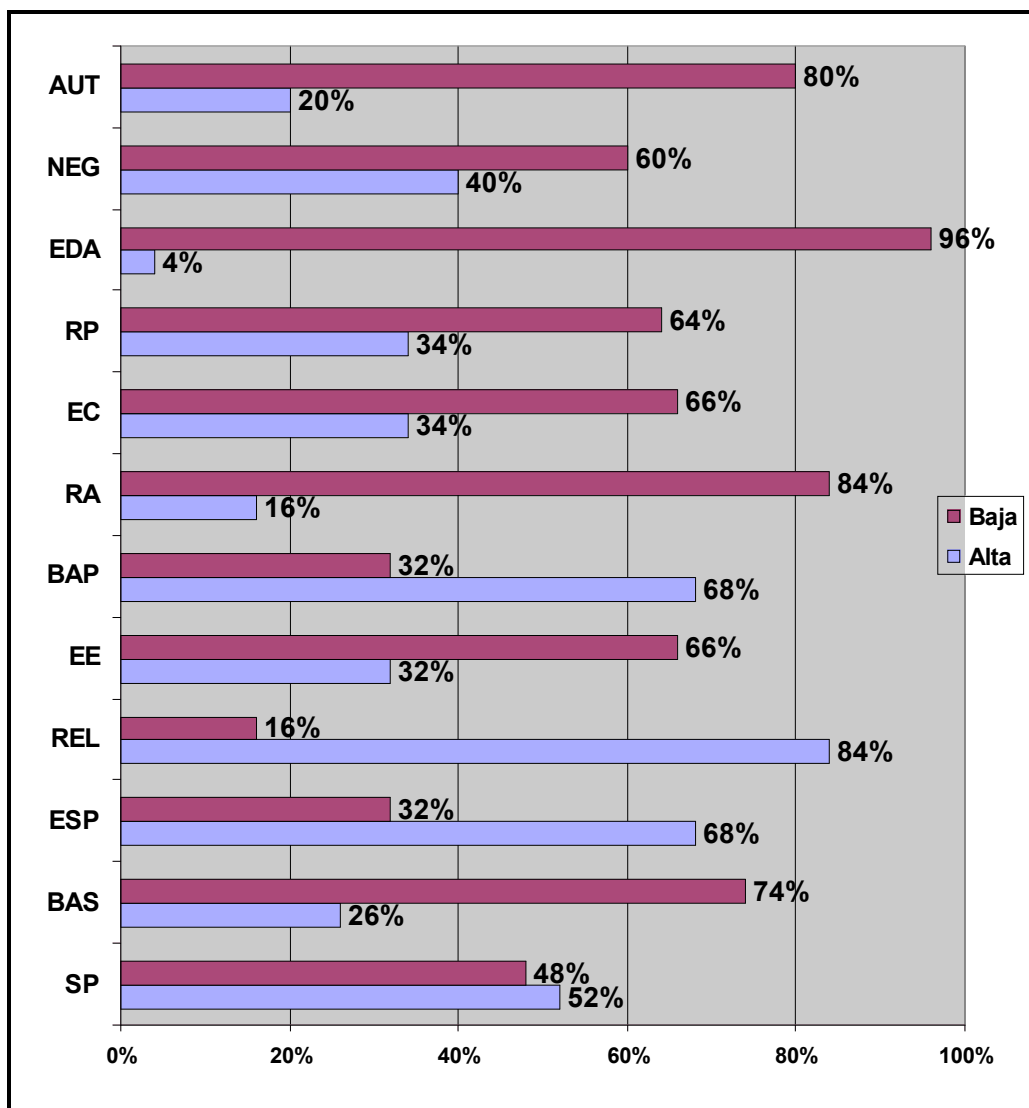
Para el cuestionario escala de estrategias de coping-modificada se trabajaron las estrategias: autonomía, negación, expresión de la dificultad de afrontamiento, re-evaluación positiva, evitación cognitiva, reacción agresiva, búsqueda de apoyo

profesional, evitación emocional, religión, espera, búsqueda de apoyo social y solución de problema; manejando los rangos alto y bajo, en función del percentil 70.

En el gráfico 3 se presentan las frecuencias relacionadas con el cuestionario Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de acuerdo con los rangos alto y bajo; se observa que en la estrategia Autonomía, una proporción muy alta de participantes (80%) puntuaron bajo, es decir, que no están utilizando la autonomía como estrategia. sin embargo el 20% que puntuaron alto, sí utilizan esta estrategia. En la estrategia de Negación, se observa que el 60% de los participantes puntuaron bajo, es decir, que no usan la negación como estrategia de afrontamiento, mientras que el 40% de los participantes que puntuaron alto, si utilizan esta estrategia. En la estrategia Expresión de la Dificultad de Afrontamiento, se observa que el 96% de los participantes no están utilizando la expresión de dificultad de afrontamiento como estrategia; sólo el 4% de los participantes si hacen uso de esta estrategia. En la estrategia de Re-evaluación Positiva, se observa que el 64% de los participantes no utilizan la estrategia, mientras que sólo un 34% de los participantes si utiliza la re-evaluación positiva como una estrategia de afrontamiento. En la estrategia Evitación Cognitiva, se observa que un poco más de la mitad de los participantes (66%) no utilizan la evitación cognitiva como estrategia mientras que el 34% de los participantes si hacen uso de esta estrategia. En la estrategia Reacción Agresiva, se observa que el 84% de los participantes no usan la reacción agresiva como estrategia de afrontamiento. En la estrategia búsqueda de apoyo profesional, se evidencia que el 68% de los participantes que puntuaron alto, es decir que utilizan el apoyo profesional como estrategia de afrontamiento, mientras el 32% no utilizan esta estrategia. En la estrategia Evitación Emocional, se observa que el 66% de los participantes no usan la evitación emocional como una estrategia, mientras que el 32% si hace uso de esta estrategia. En la estrategia Religión, se

observa que el 84% de los participantes puntuaron alto, es decir, usan la religión como una estrategia de afrontamiento, mientras que sólo el 16% no usan esta estrategia. En la estrategia Espera, se observa que una proporción importante de participantes puntuaron alto (68%), es decir, que usan la espera como estrategia de afrontamiento, mientras que un 32% de los participantes no utiliza esta estrategia. En la estrategia de afrontamiento Búsqueda de apoyo social, se observa que el 74% de los participantes no utiliza el apoyo social como una estrategia de afrontamiento; sólo un 26% de los participantes sí hace uso de esta estrategia. Finalmente, en la estrategia solución de problemas, se observa que la mitad de participantes (52%) puntuaron alto, es decir, utilizan como estrategia la solución de problemas, mientras que un 48% no hace uso de esta estrategia.

Gráfico 3
Frecuencia Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)



SP: solución de problemas; BAS: búsqueda de apoyo social; ESP: espera; REL: Religión EE: evitación emocional; BAP: búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: evitación cognitiva; RP: Re-evaluación positiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; NEG: negación; AUT: autonomía.

En la tabla 9 se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento Conocimiento Sobre Diabetes (N=50) diferenciados por sexo. Los datos indican que existen diferencias significativas al nivel del 0,05 entre hombres y mujeres, puntuando más alto las mujeres en los factores conciencia de necesidad de información

(1,91) y conductas sobre prevención (5,59) y los hombres en el factor carga racional emotiva (1,17). De igual forma, según la puntuación de las medias, los hombres puntuaron más alto en lo que concierne a información general sobre la enfermedad, estrategias cognitivas y necesidad psico-educativa. Por su parte las mujeres puntuaron más alto en información nutricional, información sobre el cuidado físico, conductas hacia la adherencia terapéutica, rasgos depresivos y necesidad manifiesta de intervención psicológica. Es importante señalar que tanto hombres como mujeres puntuaron de igual forma en los factores relacionados con información sobre las complicaciones e información previa psico-educativa.

Tabla 9

Prueba T de student para muestras independientes en el instrumento Conocimiento sobre Diabetes diferenciado por Sexo(n=50)

Factor	Media		Desviación típica	
	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)	Hombre (n=18)	Mujer (n=31)
Factor				
CD- Información general sobre la enfermedad	4,83	4,69	1,69	1,9
CD- Información acerca de las complicaciones	2,56	2,56	1,04	0,91
CD-Conciencia de necesidad de información	1,56	1,91(*)	0,78	0,39
CD-Información nutricional	4,67	4,81	1,45	0,90
CD-Información sobre el cuidado físico	2,78	2,91	0,94	0,86
CD- Conducta sobre prevención	4,83	5,59(*)	1,34	1,04
CD-Conductas hacia la adherencia terapéutica	6,61	6,88	1,09	0,61
CD-Rasgos	0,83	0,91	0,79	0,73

depresivos				
CD-Estrategias cognitivas	1,89	1,88	0,68	0,79
CD- Carga racional emotiva en relación a la salud mental	1,17(*)	0,78	0,38	0,55
CD- Necesidad manifiesta de intervención psicológica	1,17	1,28	0,79	0,77
CD- Información previa psico-educativa	0,44	0,44	0,70	0,62
CD- Necesidad psico-educativa	0,78	0,59	0,65	0,56

* p <0,05

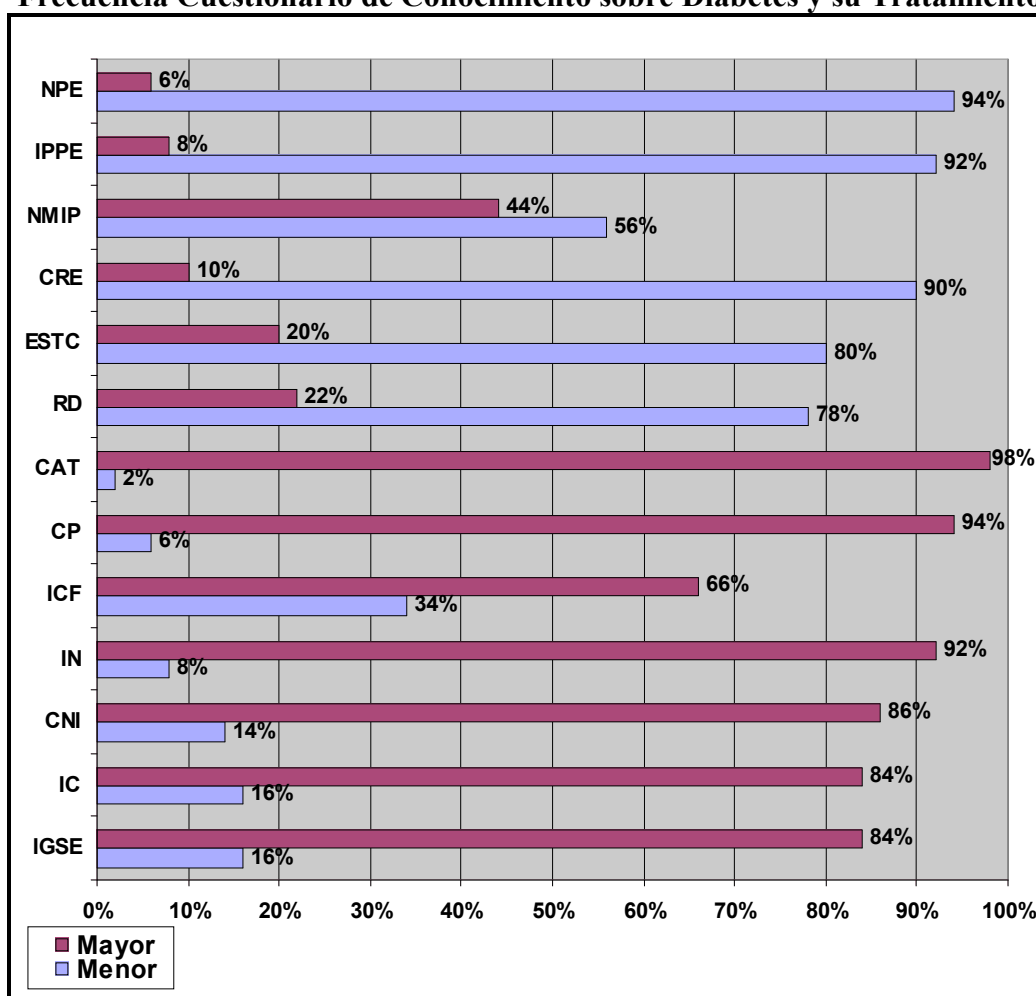
Para el cuestionario conocimiento sobre diabetes y su tratamiento se trabajó con los siguientes factores de acuerdo a los rangos mayor y menor: Información general sobre la enfermedad, Información sobre complicaciones, Conciencia de necesidad de información, Información nutricional, Información sobre el cuidado físico, Conductas sobre prevención, Conducta hacia la adherencia terapéutica, Rasgos depresivos, Uso de estrategia cognitivas, Carga racional emotiva, Necesidad de intervención psicológica, Información previa psico-educativa y necesidad previa psico-educativa.

En el gráfico 4 se presentan las frecuencias relacionadas con el cuestionario Conocimiento sobre Diabetes y su Tratamiento de acuerdo con los rangos de mayor y menor; en el factor Necesidad Psico-educativa, se observa que el 6% de los participantes puntuaron alto, es decir, reconocen la importancia de recibir por parte del médico las herramientas necesarias que le ayudarán a manejar la enfermedad; mientras que una proporción muy alta de pacientes (94%) puntuaron bajo, es decir, no reconocen la importancia de recibir información, apoyo y herramientas por parte del médico que le

permitan manejar adecuadamente la enfermedad. En el factor Información Previa Psico-educativa; se observa que una proporción muy alta de participantes (92%) no están informados respecto a todo lo que compete con la enfermedad, desde el aspecto médico, hasta el aspecto psicológico, emocional, familiar y social. En el factor Necesidad Manifiesta de Intervención Psicológica, se observa que la mitad de participantes (56%) no ven necesario el uso de una intervención psicológica, mientras que el 44% de los participantes, si hacen uso de la intervención psicológica. En el factor Estrategias Cognitivas, se observa que sólo un 20% de los participantes, usan las estrategias cognitivas; mientras que una proporción alta de participantes (80%) no usan las estrategias cognitivas. En el factor Rasgos Depresivos, se observa una proporción importante de participantes (78%) que no presentan síntomas de depresión. En el factor conducta hacia la Adherencia Terapéutica, se observa una proporción muy alta de pacientes (98%) que puntuaron alto, es decir, presentan adherencia terapéutica; mientras que sólo un 2% no se adhiere al tratamiento. En el factor Conductas sobre Prevención, se observa que una proporción muy alta de participantes (94%) usan las conductas preventivas; mientras que el 6% no las usa. En el factor Información sobre el cuidado físico, se observa que el 66% está informado sobre el cuidado físico que debe tener el paciente diabético; mientras que el 34% no está informado sobre el cuidado físico. En el factor Información Nutricional, se observa que una proporción muy alta de pacientes (92%) está informado sobre los aspectos nutricionales relacionados con la diabetes. En el factor Conciencia de Necesidad de información sobre la enfermedad, se observa que una proporción alta de participantes (86%) tiene conciencia respecto a la información acerca de la diabetes para permitir conocerla, saber cómo tratarla, entender el por qué cuidarse, con el único fin de evitar complicaciones futuras y mantener una buena calidad de vida. En el factor Información sobre las complicaciones, se

observa que una proporción alta de pacientes (84%) que está informado sobre las complicaciones que trae la diabetes. Finalmente, en el factor Información general sobre la enfermedad, se observa que el 84% de los participantes está informado sobre la diabetes en general, los cuidados que debe tener, los cambios que debe realizar en la alimentación, la importancia de hacer ejercicio y el trabajo en conjunto con el equipo médico y el entorno familiar y social.

Grafico 4
Frecuencia Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes y su Tratamiento



IGSE: información general sobre la enfermedad; IC: información sobre complicaciones; CNI: Conciencia de necesidad de información; IN: Información sobre nutrición; ICF: Información sobre cuidado físico; CP: Conductas sobre prevención; CAT: conducta hacia la adherencia terapéutica; RD: Rasgos depresivos; ESTC; estrategias cognitivas; NMIP: necesidad manifiesta de intervención psicológica; IPPE: Información previa psico-educativa; NPE: Necesidad psico-educativa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los distintos cuestionarios aplicados, se puede concluir que los factores psicológicos más afectados en la muestra estudiada fueron los siguientes: en el cuestionario IBQ se encontraron hipocondría general en un nivel medio con un 60%, convicción de la enfermedad en un nivel medio con un 52%, percepción psicológica vs. somática de la enfermedad en un nivel medio con un 56%, inhibición afectiva en un nivel medio con un 76% e irritabilidad con un 46%. En el cuestionario SF 36 se encontraron para el factor dolor corporal, según los niveles muchísimo, mucho, moderado, poco, muy poco y ninguno; en el nivel mucho un 16% y en el nivel moderado un 30%; para el factor rol emocional, según los niveles alto y bajo se encontró el nivel alto con un 80% y función física en un nivel regular con un 30%. En el cuestionario Escala de estrategias de coping-modificada (EEC-M) según los niveles de alto y bajo se encontraron que en el factor negación el 40% de los participantes si utilizan esta estrategia; en el factor expresión de la dificultad de afrontamiento el 96% de los participantes no usan esta estrategia; en el factor reevaluación el 64% de los participantes no usan esta estrategia; en el factor religión un 84% de los participantes si utilizan esta estrategia; en el factor espera el 68% si utilizan esta estrategia; en el factor búsqueda de apoyo social el 74% de los participantes no utilizan esta estrategia y en el factor solución de problemas un 48% de los participantes no utilizan esta estrategia. En el cuestionario conocimiento sobre diabetes y su tratamiento, según los niveles menor y mayor se encontraron que en el factor necesidad psico-educativa el 94% de los participantes no ven la necesidad de recibir información, apoyo y herramientas por parte del médico que le permita manejar adecuadamente la enfermedad; en el factor información previa psico-educativa el 92% de los participantes no están informados respecto a todos los ámbitos que compete la enfermedad (médico, psicológico, familiar, social); en el factor necesidad manifiesta de intervención psicológica

el 56% de los participantes no ven necesario el uso de la intervención psicológica y en el factor estrategias cognitivas el 80% de los participantes no usan las estrategias cognitivas.

A partir de esta información se seleccionaron para el diseño del programa todos los factores referentes al conocimiento de la enfermedad, que aunque no todos puntuaron críticos es claro que parte del éxito en el manejo adecuado de la enfermedad radica en el conocimiento que se tenga de la misma, por lo cual lo que se pretendió al abordar estos factores, fue trabajar en los críticos y reforzar los que se encontraban bien. También el objetivo de trabajar los factores referentes al conocimiento de la enfermedad, fue que permitió hacer un trabajo conjunto respecto a los relacionados con los factores del SF36. Asimismo, se eligieron los factores negación, búsqueda de apoyo social y expresión de la dificultad de afrontamiento, todos estos correspondientes a lo analizado en el cuestionario escala de estrategias de coping-modificada EEC-M, teniendo en cuenta que un uso adecuado de las estrategias de afrontamiento propiciará un mejoramiento en otros factores. A su vez, el trabajo con las estrategias de afrontamiento se realizó para trabajar en aspectos del cuestionario de conductas de enfermedad cómo fueron la negación de problema y la irritabilidad. Fue así entonces como el programa de intervención fue diseñado, con una duración de 6 semanas, con sesiones individuales y grupales de dos horas. Su objetivo principal fue brindar herramientas a pacientes diabéticos que les permitan adoptar comportamientos saludables los cuales favorezcan la adhesión al tratamiento. El programa está compuesto por dos áreas de trabajo, la primera, el área de conocimiento en diabetes y estados de salud, que busca educar a los pacientes en todo lo referente a la enfermedad a través de temas como qué es diabetes, causas, clasificación, signos y síntomas, tratamiento, cuidados, complicaciones, nutrición, actividad física, salud mental y control médico. La segunda, el área de estrategias de afrontamiento y conductas

de enfermedad, su finalidad es brindar información acerca del uso y la utilidad de estrategias de afrontamiento en la convivencia con la enfermedad como en actividades que forman parte de la cotidianidad, aquí se trabaja negación de problemas, habilidades sociales, búsqueda de apoyo social y expresión de afrontamiento. El tema de habilidades sociales se incluyó en esta área, considerando que son un recurso importante de afrontamiento. El uso de las mismas permitirá desarrollar cómo lo plantean Lazarus y Folkman (1986) la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva; además facilitan la resolución de problemas, aumentan la capacidad de atraer apoyo y aportan control sobre las interacciones sociales; además de ser un ejercicio que permite contrarrestar el efecto de la reacción agresiva y la irritabilidad, común en este tipo de pacientes. Cada área del programa incluye cuatro fases: 1) fase de sensibilización, la cual evidencia la importancia del manejo de las diferentes temáticas y como éstas pueden llegar a afectar positivamente la convivencia con la enfermedad; 2) fase teórica, donde se presenta de manera estructurada la información necesaria para el adecuado manejo de cada una de las temáticas; 3) fase práctica, donde se aplica lo aprendido a las vivencias cotidianas mediante actividades y tareas y 4) la fase de evaluación, la cual busca que el participante identifique si existió algún aprendizaje a lo largo de la temática e indique los puntos positivos y negativos de lo aprendido.

Para la aplicación del programa se extendió una invitación a los pacientes que participaron en el estudio de los cuales sólo se obtuvo respuesta permanente de siete pacientes con los cuales se conformó la submuestra así: 2 hombres (28,6%) y 5 mujeres (71,4%) cuyo rango de edad fue de 58 y 86 años, con una media de 67,86 y una desviación típica de 8,93. Posteriormente se acordaron las fechas y el horario en el cual se llevaría a cabo la aplicación del programa (Ver anexo 2)

Programa de Intervención

Una vez identificados los factores psicológicos más afectados en la muestra, se procedió al diseño del programa (Ver anexo 2).

Teniendo en cuenta la dificultad de los pacientes para asistir, se decidió realizar un programa breve el cual tuvo una duración de seis semanas, con sesiones individuales y grupales de dos horas, una vez por semana. Se agruparon los temas así:

Semana 1: conocimiento sobre la diabetes y su tratamiento y los factores relacionados con el cuestionario de salud SF36.

Semana 2: negación de problemas (estrategia de afrontamiento) enfocada al trabajo de solución de problemas (estrategia de afrontamiento) y conductas de la enfermedad.

Semana 3: búsqueda de apoyo social

Semana 4: expresión de la dificultad de afrontamiento

Semana 5: habilidades sociales, enfocado a trabajar la reacción agresiva y conductas de la enfermedad.

Semana 6: se realizó la evaluación post-test donde se aplicaron nuevamente los cuestionarios (Ver anexo 1).

Para reforzar los conocimientos ofrecidos, se elaboró y entregó en cada sesión un plegable (Ver anexo 3). Su finalidad era reforzar lo indicado acerca del manejo integral de la diabetes (nutrición, ejercicio y conocimiento).

A continuación se presentan los datos comparativos entre el pre-test y post-test. Sin embargo, es de indicar que dado el reducido número de participantes, el alcance de los resultados es limitado, pero permite orientar los datos toda vez, que como se indica, este es un pilotaje del programa cuya validez debe ser demostrada mediante una aplicación a un mayor número de participantes.

En la tabla 10 se presentan los resultados pre-test y post-test, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Illnes Behavior Questionnaire IBQ (n=7) diferenciado por sexo. Los datos indican que en el pre-test existen diferencias significativas entre hombres y mujeres frente a las conductas de la enfermedad en el factor perturbación afectiva, puntuando más alto los hombres (4,00). De igual forma, según la puntuación de las medias, se observó que las mujeres puntuaron más alto en los factores: hipocondría general, convicción de la enfermedad y negación de problemas vitales; mientras que los hombres lo hicieron en los factores: percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad, inhibición afectiva e irritabilidad.

Frente al post-test, los datos indican que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el factor inhibición afectiva, puntuando más alto los hombres (2,00). De igual forma, según la puntuación de las medias, se observó que las mujeres puntuaron más alto en los factores hipocondría general, convicción de la enfermedad, perturbación afectiva y negación de problemas vitales; mientras que los hombres lo hacen en los factores: percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad e irritabilidad.

Tabla 10
Prueba T de student para muestras independientes y desviación típica en el instrumento Illnes Behavior Questionnaire IBQ diferenciado por sexo (n=7) pre-test y post-test

Factor	PRE-TEST				POST-TEST			
	Media		Desviación típica		Media		Desviación típica	
	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)
Hipocondría general	3,00	5,40	4,24	2,51	2,00	2,40	2,82	1,34
Convicción de enfermedad	2,00	3,60	1,41	0,89	3,50	4,20	2,12	1,09
Percepción psicológica		2,80	0,00	1,30	2,50		0,70	0,70

vs somática de la enfermedad	3,00				2.00			
Inhibición afectiva	3,50	3,40	0,70	0,89	2.00(*)	1.20	0,00	0,44
Perturbación afectiva	4,00(*)	2,20	0,00	1,78	1,50	1.60	0,70	1,51
Negación problemas vitales	2,00	2,60	1,41	2,30	1.50	1.600	0,70	1,14
Irritabilidad	4,00	2,40	1,41	1,51	1.50	1.00	0,70	0,00

*p<0,05

En los gráficos 5 y 6, se presentan las frecuencias relacionadas con el pre-test y post-test del cuestionario Illnes Behavior Questionnaire IBQ (conductas sobre la enfermedad) de acuerdo con los rangos alto, medio y bajo. Respecto al factor Hipocondría general en el post-test, se observó una disminución en el temor frente a la enfermedad evidenciado inicialmente, presentándose un 57,1% en el nivel medio, y un 42,9% en nivel bajo. En el factor Convicción de la enfermedad en el post-test el 57,1% de los participantes puntuaron en el rango medio, indicando un aumento en la creencia de alteraciones somáticas. En la escala Percepción Psicológica vs. Somática de la enfermedad en el post-test se observó que un 28,6% de los participantes atribuye la enfermedad más a causas psicológicas que orgánicas. En el factor Inhibición Afectiva en el post-test, se observó una disminución frente a esta dificultad dejando como resultado un 42,9% de los participantes en el rango medio y un 57,1% de los participantes en el rango bajo, lo que indica que se presentaron modificaciones frente a la posibilidad de poder expresar pensamientos y sentimientos principalmente negativos generados a partir de la enfermedad. Por su parte en el factor Perturbación Afectiva en el post-test, se observó que un 85,7% y 14,3% de los participantes puntuaron los rango bajo y medio respectivamente, indicando así cambios respecto a una baja y moderada presencia de síntomas afectivos como la ansiedad, depresión y tensión con

respecto al pre-test. En el factor negación de problemas vitales en el post-test, se observó un aumento del 85,7% de los participantes que puntuaron en el rango bajo, evidenciándose la tendencia a aceptar la existencia de problemas vitales, independiente de la existencia de la enfermedad. Finalmente, en el factor Irritabilidad en el post-test, se observó un aumento del 85,7% de los participantes que puntuaron el rango bajo, evidenciándose una disminución considerable en los sentimientos de enojo y enfado con respecto al pre-test.

En resumen, tras la implementación del programa se observaron cambios favorables en los factores hipocondría general, percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad, inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación de problemas vitales e irritabilidad. Mientras que en el factor convicción de la enfermedad en vez de mejorar se mostró empeoramiento.

Gráfico 5

Pre-test Cuestionario Conductas de Enfermedad (IBQ)

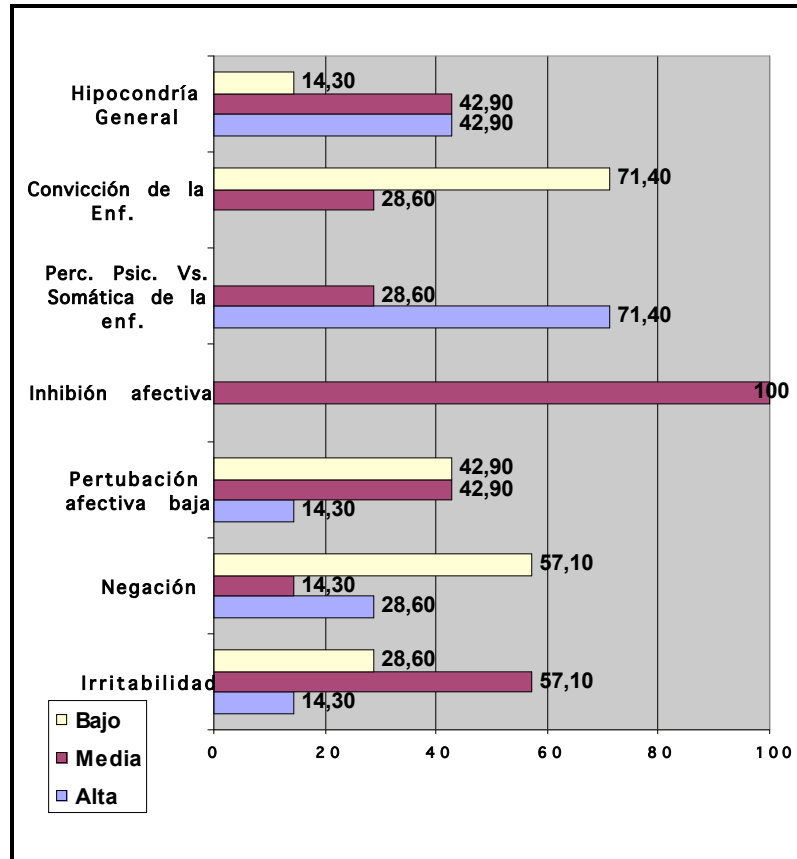
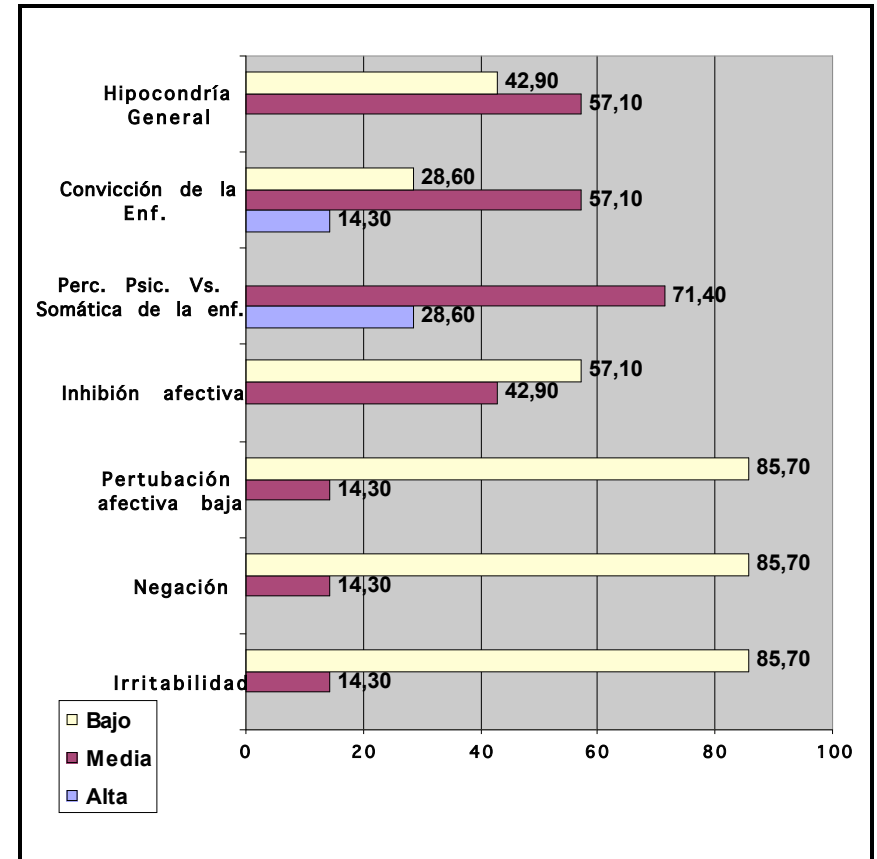


Gráfico 6

Post-test Cuestionario Conductas de Enfermedad (IBQ)



En la tabla 11 se presentan los resultados pre-test y post-test, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario de salud SF36 diferenciado por sexo. Los datos indican que tanto en el pre-test, cómo en el post-test no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo en el pre- test las puntuaciones de las medias, indican que las mujeres puntuaron más alto en los factores: rol físico y vitalidad; mientras que los hombres lo hicieron en los factores: salud general, función física, función social, rol emocional, salud mental y dolor corporal.

Mientras que en el post-test, las puntuaciones de las medias indican que las mujeres puntuaron más alto en los factores: salud general, rol físico y salud mental; mientras que los hombres puntuaron más alto en los factores: función física, vitalidad, rol emocional y dolor corporal. Finalmente, se observó que tanto hombres como mujeres puntuaron igual en el factor función social.

Tabla 11
Prueba T de student para muestras independientes y desviación típica en el instrumento Cuestionario de salud SF36 diferenciado por sexo (n=7) pre-test y pos-test

Factor	PRE-TEST				POST-TEST			
	Media		Desviación típica		Media		Desviación típica	
	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)
Salud general	69.50	64.40	10.60	10,73	48.50	58.40	9.19	26.74
Fun. física	67.00	55.00	31.82	30.20	72.50	54.00	31.82	25.83
Rol físico	50.00	70.00	70.71	32,59	50.00	70.00	70.71	44.72
Vitalidad	55.00	67.00	14.14	5.70	72.50	70.00	3.53	19.68
Fun. social	100.00	92.50	0.00	18,95	75.00	75.00	17.67	15.30
Rol emocional	100.00	73.33	0.00	43,46	100.00	66.67	0.00	47.14
Salud mental	80.00	74,40	16,97	16,87	68.00	74.40	22.62	21.46
Dolor corporal	51.50	51,20	43,13	26,12	62.50	58.00	30.40	28.32

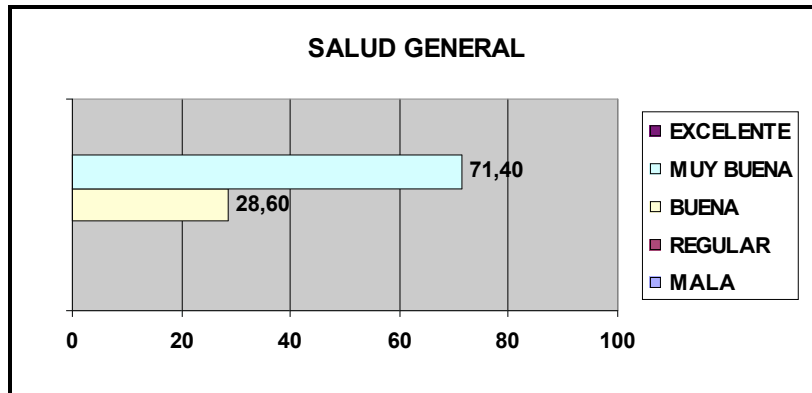
En los gráficos 7 y 8 se presentan las frecuencias relacionadas con el pre-test y post-test del cuestionario SF36. En el factor Salud General en el post-test, se observó que el 28,6% de los participantes puntuaron en el rango regular, evidenciándose un decremento en la valoración de la salud actual con respecto al pre-test. En el factor Función Física, en el post-test se observó un mejoramiento al encontrarse que solo un 14,3% de los participantes se ubicó en un rango malo y un aumento del 28.6% de los participantes en el rango regular. En el factor Rol físico, tanto en el pre-test como en el post-test se presentó que el 57,1% de los participantes puntuaron rango alto, es decir que la salud física no interfiere en el trabajo y otras actividades diarias; mientras que el 42.9% de los participantes puntuaron bajo, es decir, que la falta de salud física interfiere en alguna medida en el trabajo y la realización de otras actividades. En el factor Vitalidad en el post-test se observó que se mantuvo el porcentaje de participantes que presentan algunas veces y casi siempre sentimientos de energía y vitalidad y a su vez, se observó que un 14,3% de los participantes presentan siempre sentimientos de vitalidad y energía. En el factor Función Social en el post-test, se observó que un porcentaje alto de participantes indicaron que los problemas de salud física o emocional no interfieren en la vida social habitual; sin embargo se observó una notable disminución en el porcentaje de los participantes que se ubicaban en el rango excelente al 28.6% y un 71.4% en el rango muy bueno. En el factor rol emocional en el post-test, aunque en relación con el pre-test disminuyó el porcentaje de participantes que puntuaron alto al 71,4%, es decir, que los problemas emocionales no interfieren en el trabajo u otras actividades diarias; se observó un aumento en el porcentaje de participantes que puntuaron bajo del 28,6%. En el factor Salud Mental en el post-test se observó que un 14,3% de los participantes se ubicaron en el rango regular, es decir,

presentan cierto grado de ansiedad y depresión con relación al pre-test. Finalmente, en el factor Dolor Corporal en el post-test, se encontró que los participantes ubicados en el rango muy poco, se distribuyeron en los diferentes rangos restantes y se presentó un aumento al 28.6% de los participantes en el rango moderado, es decir, presentan cierto grado de dolor corporal.

En resumen, se observó tras la implementación del programa cambios favorables en los factores función física, vitalidad y dolor corporal. Un decremento en los factores salud general, función social, rol emocional en el caso de las mujeres, salud mental en el caso de los hombres y el mantenimiento en la puntuación de los factor rol físico, rol emocional en el caso de los hombres y salud mental en el caso de las mujeres.

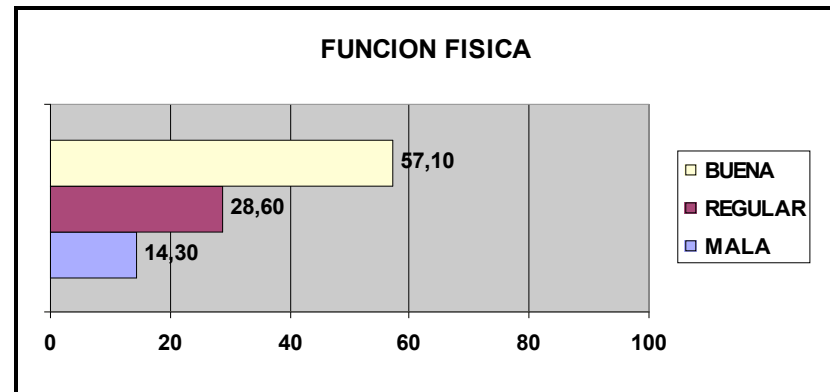
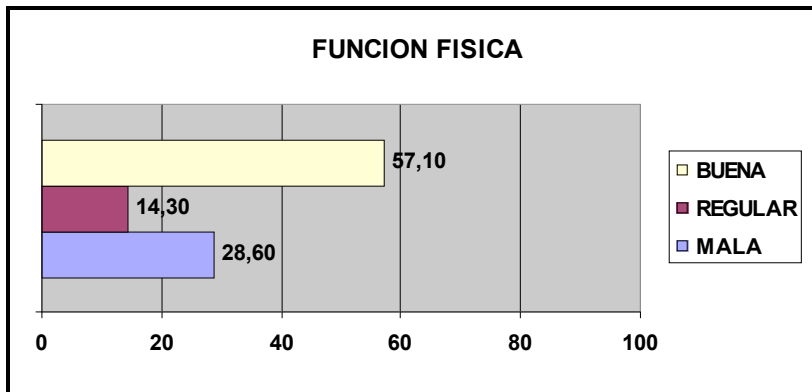
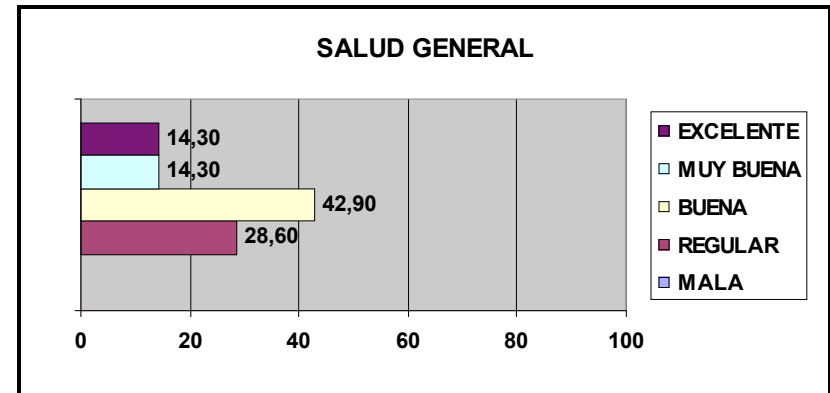
Grafica 7

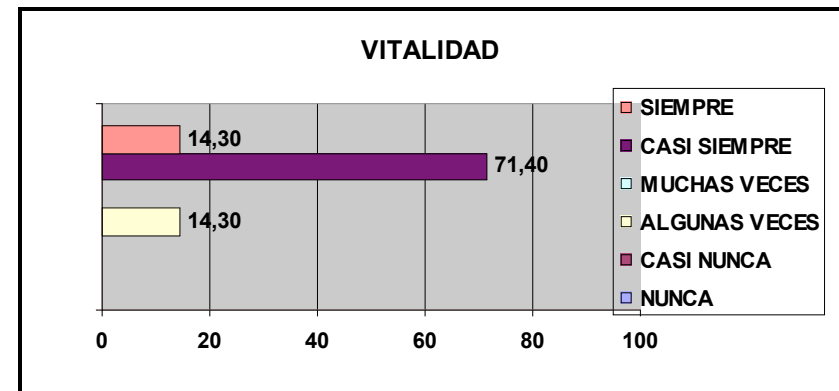
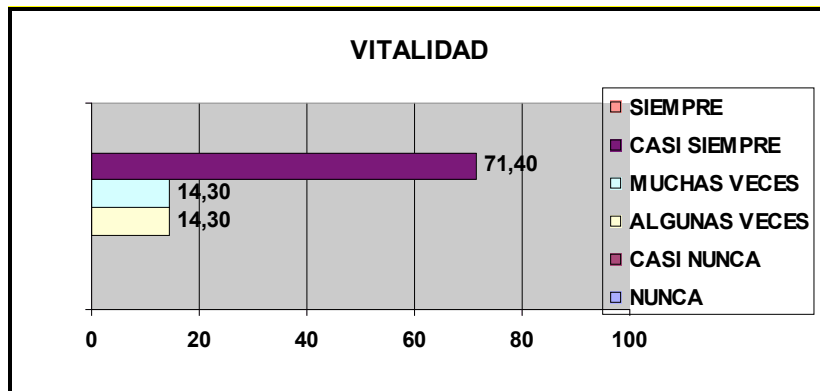
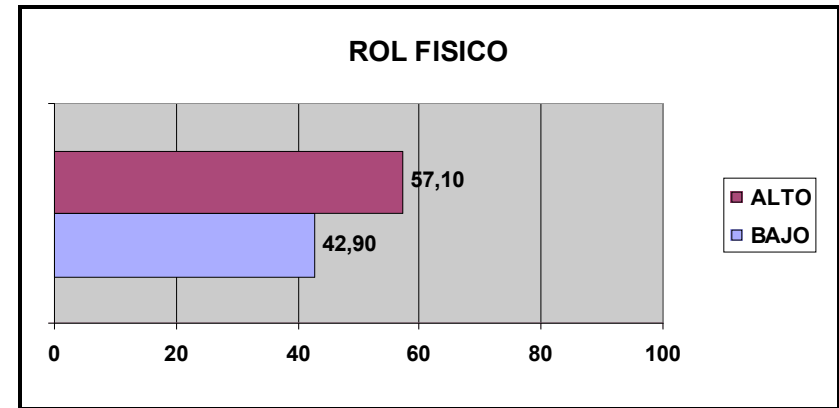
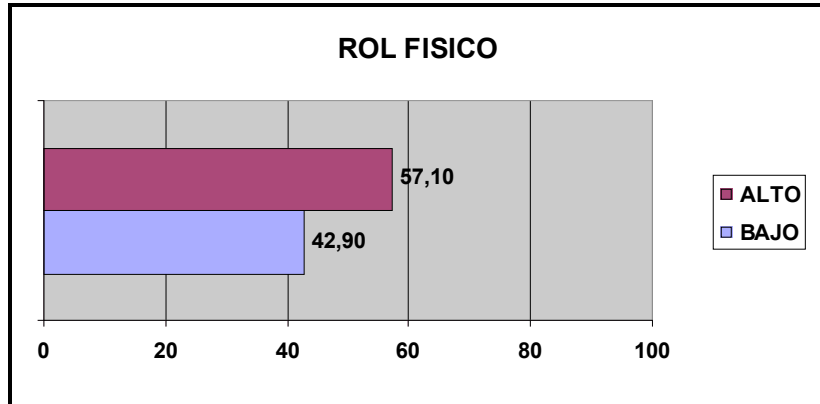
Pre-test Frecuencia Cuestionario sobre Salud SF36

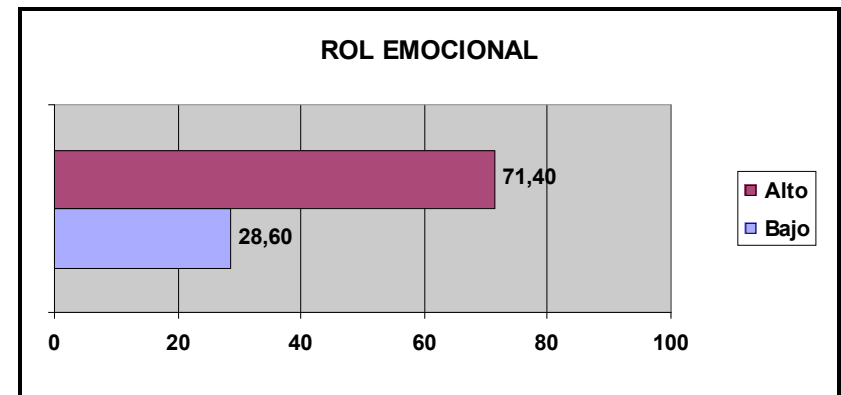
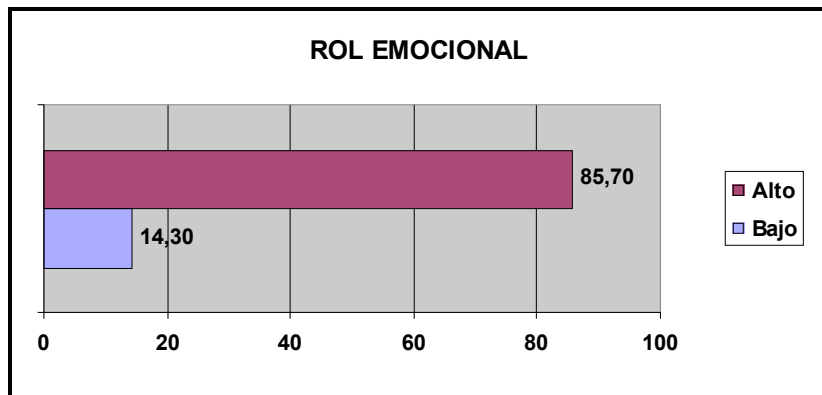
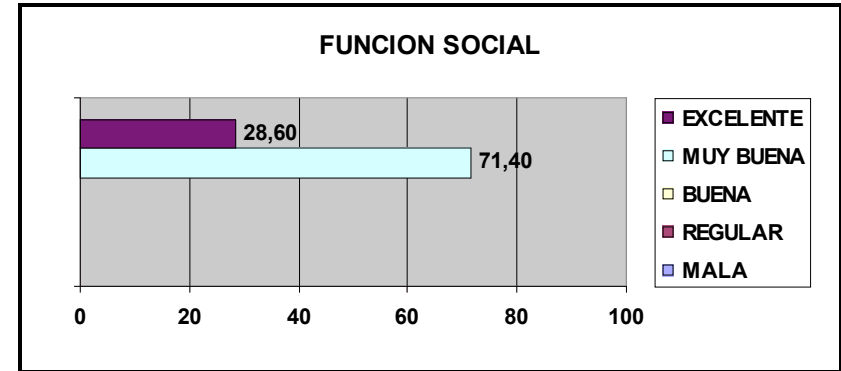
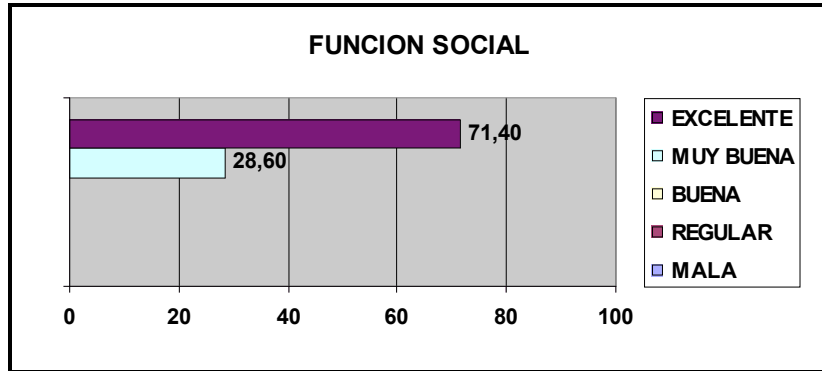


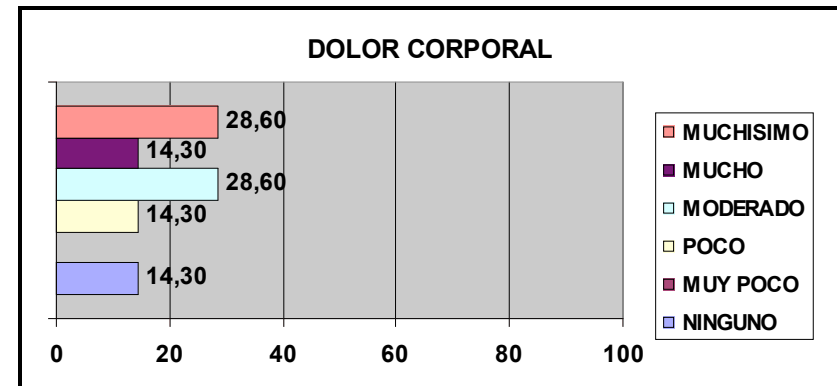
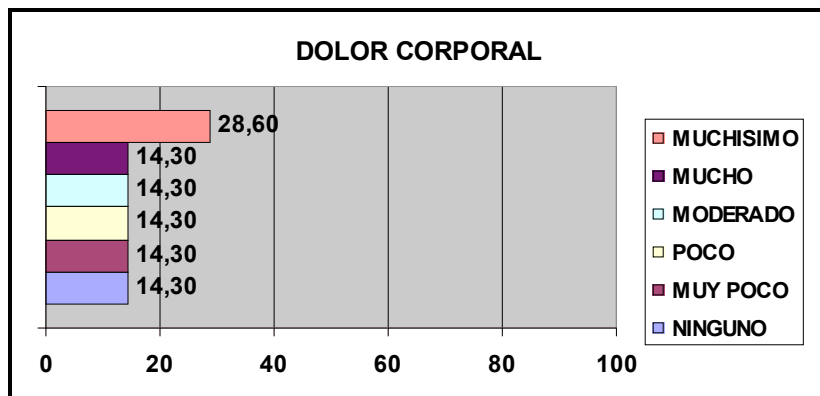
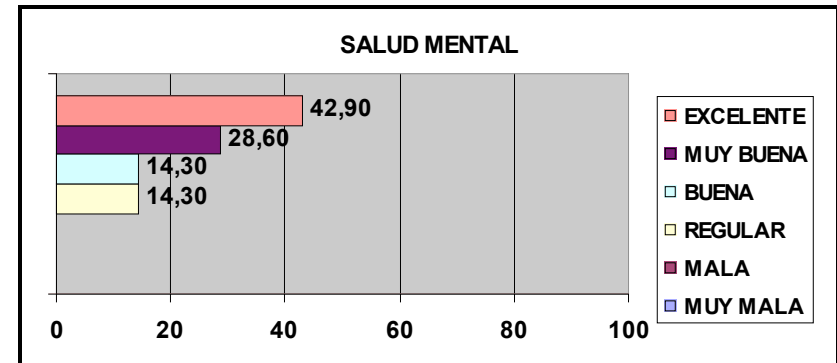
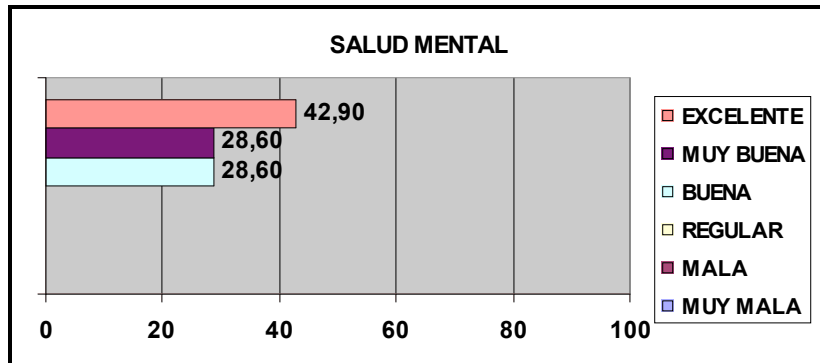
Grafica 8

Post-test Frecuencia Cuestionario sobre Salud SF36









En la tabla 12 se presentan los resultados pre-test y pos-test, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada EEC-M (n=7) diferenciado por sexo. Los datos indican que en el pre-test existen diferencias significativas entre hombres y mujeres frente a las estrategias de afrontamiento en el factor re-evaluación positiva, puntuando más alto las mujeres. De igual forma, según la puntuación de las medias se observó que las mujeres puntuaron más alto en los factores: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía; mientras que los hombres puntuaron alto en los factores: búsqueda de apoyo profesional y reacción agresiva.

Por otro lado, en el pos-test, los datos indican que al igual que en el pre-test existen diferencias significativas entre hombres y mujeres frente a las estrategias de afrontamiento, puntuando más alto las mujeres en el factor re-evaluación positiva. De igual forma, según la puntuación de las medias, las mujeres puntuaron más alto en los factores: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, evitación cognitiva, negación y autonomía; mientras que los hombres lo hicieron en los factores: religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva y expresión de la dificultad de afrontamiento.

Tabla 12

Prueba T de student para muestras independientes y desviación típica en el instrumento Escala de estrategias de Coping-modificada EEC-M diferenciado por sexo (n=7) pre-test y pos-test

Factor	PRE-TEST				POST-TEST			
	Media		Desviación típica		Media		Desviación típica	
	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)
EA-Solución problemas	26.00	37.60	1.41	14.53	40.00	42.00	4.24	7.34

EA-Apoyo social	22.00	25.20	4.24	7.36	29.00	32.60	8.48	7.12
EA-Espera	20.00	29.40	11.31	10.45	22.50	23.60	7.77	4.56
EA-Religión	30.00	36.20	1.41	9.96	39.00	38.60	4.24	3.57
EA-Evitación emocional	23.00	29.40	8.48	10.66	17.00	13.60	8.48	3.50
EA-Búsqueda de apoyo profesional	20.00	17.40	12.72	10.01	23.50	23.40	4.95	3.43
EA-Reacción agresiva	20.00	9.80	14.14	4.86	7.50	5.60	3.53	0.54
EA-Evitación cognitiva	11.00	16.80	5.65	6.76	17.50	18.20	0.70	3.03
EA-Reevaluación positivo	9.50	20.40(*)	2.12	8.44	19.00	23.40(*)	1.41	3.20
EA-Expresión de dificultades	7.50	9.40	2.12	1.67	8.00	7.40	1.41	2.96
EA-Negación	10.50	10.60	2.12	5.56	8.50	9.60	0.70	3.28
EA-Autonomía	3.50	5.20	2.12	2.28	4.00	4.60	0.00	1.09

*p<0,05

En los gráficos 9 y 10 se presentan las frecuencias relacionadas con el pre-test y post-test del cuestionario Escala de Estrategias de Coping-Modificada EEC-M de acuerdo con los niveles alto y bajo. En la estrategia Solución de problemas en el post-test se observó una disminución en los participantes que puntuaron bajo al 42,9% y un aumento en los que usan la estrategia al 57,1% con respecto al pre-test. En la estrategia Búsqueda de Apoyo Social en el post-test se observó un aumento en los participantes que usan el apoyo social como estrategia de afrontamiento (71,4%) y una disminución en los que no usan la estrategia al 28,6% con respecto al pre-test. En la estrategia Espera, en el post-test se observó una disminución de los participantes que usan la espera como estrategia de

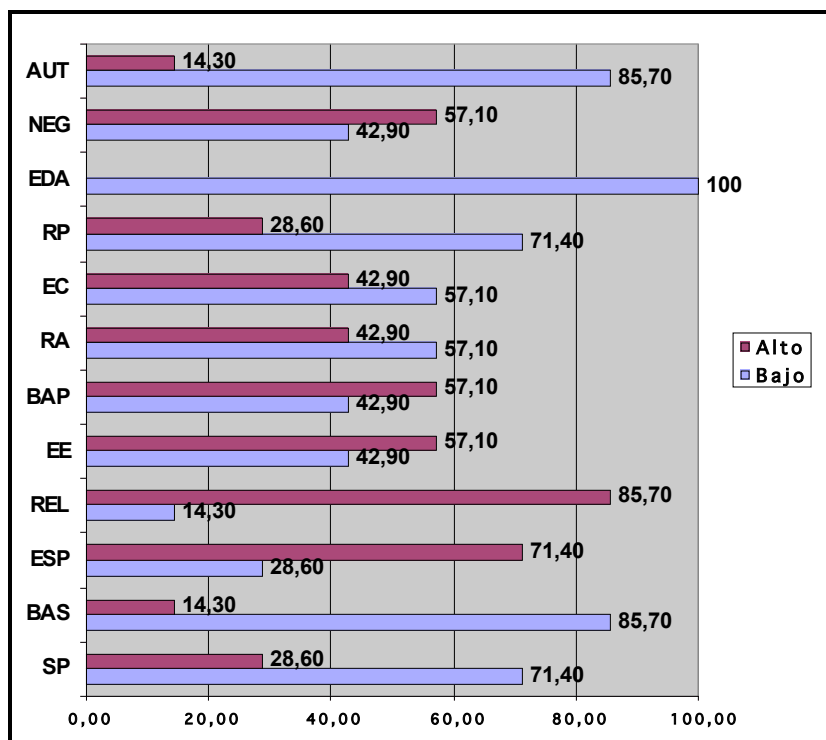
afrontamiento al 42,9% con respecto al pre-test. En la estrategia Religión en el post-test, se observó que la totalidad de los participantes 100% usan la religión como la estrategia que brinda las herramientas para tolerar los problemas. En la estrategia Evitación Emocional en el post-test se observó, un aumento al 100% de los participantes que puntuaron bajo, es decir, no usan la evitación emocional como una estrategia de afrontamiento. En la estrategia Búsqueda de Apoyo Profesional en el post-test se observó, que el 100% de los participantes puntuaron alto, es decir que utilizan los recursos profesionales como una estrategia de afrontamiento con relación al pre-test. En la estrategia Reacción Agresiva en el post-test se observó que el 100% de los participantes no usan la reacción agresiva como estrategia de afrontamiento con relación al pre-test. En la estrategia Evitación Cognitiva en el post-test, se observó un aumento al 57,1% de los participantes que usan esta estrategia con relación al pre-test. En la estrategia Re-evaluación Positiva en el post-test se observó un aumento al 42,9% de participantes que puntuaron alto, mostrando por tanto, el uso de esta estrategia en relación con el pre-test. En la estrategia Expresión de la dificultad de afrontamiento, tanto en el pre-test como en el post-test, el 100% de los participantes puntuaron en el nivel bajo, es decir, no usan esta estrategia. En la estrategia Negación en el post-test, se observó un aumento al 85,7% de los participantes que puntuaron bajo, es decir no usan la negación como estrategia de afrontamiento con relación al pre-test. Finalmente, en la estrategia Autonomía en el post-test el 100% de los participantes no usa esta estrategia con relación al pre-test.

Así, en resumen, tras la implementación del programa puede indicarse que aumentó el uso de las estrategias solución de problemas, búsqueda de apoyo social, religión, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, re-evaluación positiva; asimismo se observó una

disminución en estrategias como espera, expresión de la dificultad de afrontamiento, autonomía en el caso de las mujeres; y evitación emocional, reacción agresiva y negación tanto para hombres y mujeres.

Gráfico 9

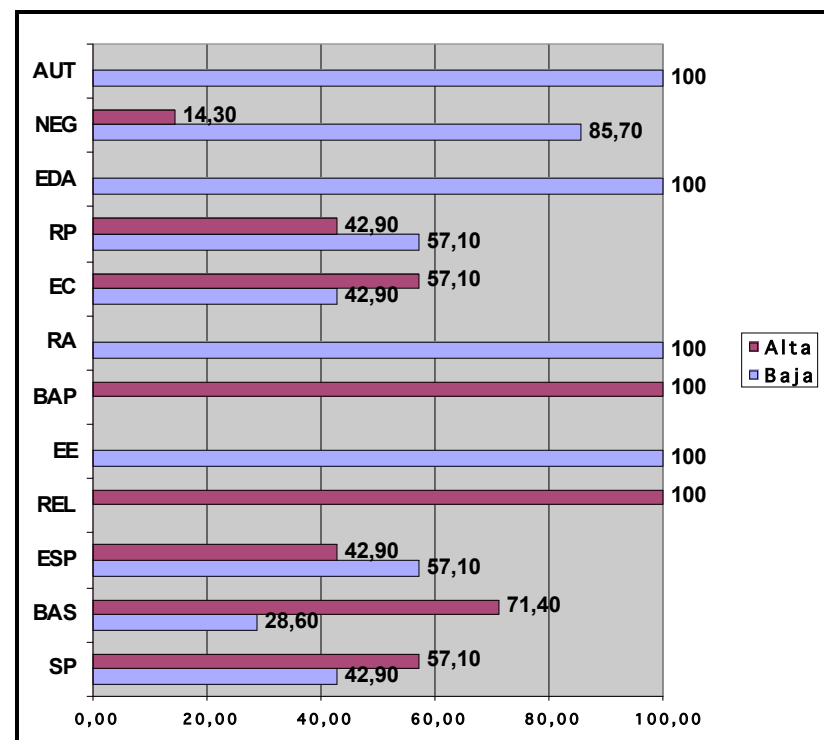
**Pre-test Frecuencia Escala de Estrategias de Coping
Modificada (EEC-M)**



Nota: SP: solución de problemas; BAS: búsqueda de apoyo social; ESP: espera; REL: Religión EE: evitación emocional; BAP: búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: evitación cognitiva; RP: Re-evaluación positiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; NEG: negación; AUT: autonomía

Gráfico 10

**Post-test Frecuencia Escala de Estrategias de Coping
Modificada (EEC-M)**



Nota: SP: solución de problemas; BAS: búsqueda de apoyo social; ESP: espera; REL: Religión EE: evitación emocional; BAP: búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: evitación cognitiva; RP: Re-evaluación positiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; NEG: negación; AUT: autonomía

En la tabla 13 se presentan los resultados pre-test y post-test, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Conocimiento sobre diabetes (n=7) diferenciado por sexo. Los datos indican que tanto para el pre-test como para el pos-test, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al conocimiento de la diabetes. Sin embargo en el pre-test, se observó que según la puntuación de las medias, las mujeres puntuaron más alto en los factores: información general sobre la enfermedad, conciencia de necesidad de información, información sobre el cuidado físico, conductas sobre prevención, rasgos depresivos, carga racional emotiva, información previa psico-educativa y necesidad psico-educativa; mientras que los hombres lo hicieron en los factores: información nutricional, conducta hacia la adherencia terapéutica y necesidad manifiesta de intervención psicológica. Se observó también, que tanto hombres como mujeres puntuaron igual en el factor información acerca de las complicaciones.

Por su parte, los datos en el post-test, indican que las mujeres puntuaron más alto en los factores: información nutricional, información sobre el cuidado físico, conducta hacia la adherencia terapéutica, rasgos depresivos, estrategias cognitivas, necesidad manifiesta de intervención psicológica y necesidad psico-educativa; mientras que los hombres puntuaron más alto en los factores: información general sobre la enfermedad, conductas sobre prevención, carga racional emotiva e información previa psico-educativa. Finalmente, se observó que tanto hombres como mujeres puntuaron igual en los factores: información acerca de las complicaciones y conciencia de necesidad de información.

Tabla 13

*Prueba T de student para muestras independientes y desviación típica en el instrumento
Conocimiento sobre Diabetes diferenciado por sexo (n=7) pre-test y pos-test*

Factor	PRE-TEST				POST-TEST			
	Media		Desviación típica		Media		Desviación típica	
	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)	Hombre (n=2)	Mujer (n=5)
CD-Inf. general sobre la enfermedad	4.00	5.80	1.41	0.44	6.00	5.80	0.00	0.44
CD-Inf. acerca de las complicaciones	3.00	3.0			3.00	3.00		
CD-Conciencia de necesidad de información	0.50	1.80	0.70	0.44	2.00	2.00		
CD-Inf. nutricional	5.00	4.60	0.00	.054	3.50	5.00	0.70	0.70
CD-Inf. sobre el cuidado físico	2.00	3.20	1.41	0.44	2.50	3.20	0.70	0.83
CD- Conducta sobre prevención	4.00	5.00	0.00	1.00	6.50	5.40	0.70	1.14
CD-Conductas hacia la adherencia terapéutica	7.00	6.40	0.00	0.89	7.00	7.20	0.00	0.44
CD-Rasgos depresivos	1.00	1.20	1.41	0.44	1.50	1.60	0.70	0.54
CD-Estrategias cognitivas	1.50	2.40	0.70	.054	1.50	1.80	0.70	0.44
CD- Carga racional emotiva en relación a la salud mental	1.00	1.20	0.00	0.44	1.50	1.20	0.70	0.83
CD- Necesidad manifiesta de intervención psicológica	1.50	1.20	0.70	0.83	1.50	2.00	0.00	0.00
CD- Información previa psico- educativa	0.00	0.60	0.00	0.54	2.00	1.40	0.00	0.89
CD-Necesidad psico-educativa	0.50	0.60	0.70	0.54	1.50	1.60	0.70	0.54

Grafico 11

Pre- test Frecuencia Cuestionario de Conocimiento sobre
Diabetes y su Tratamiento

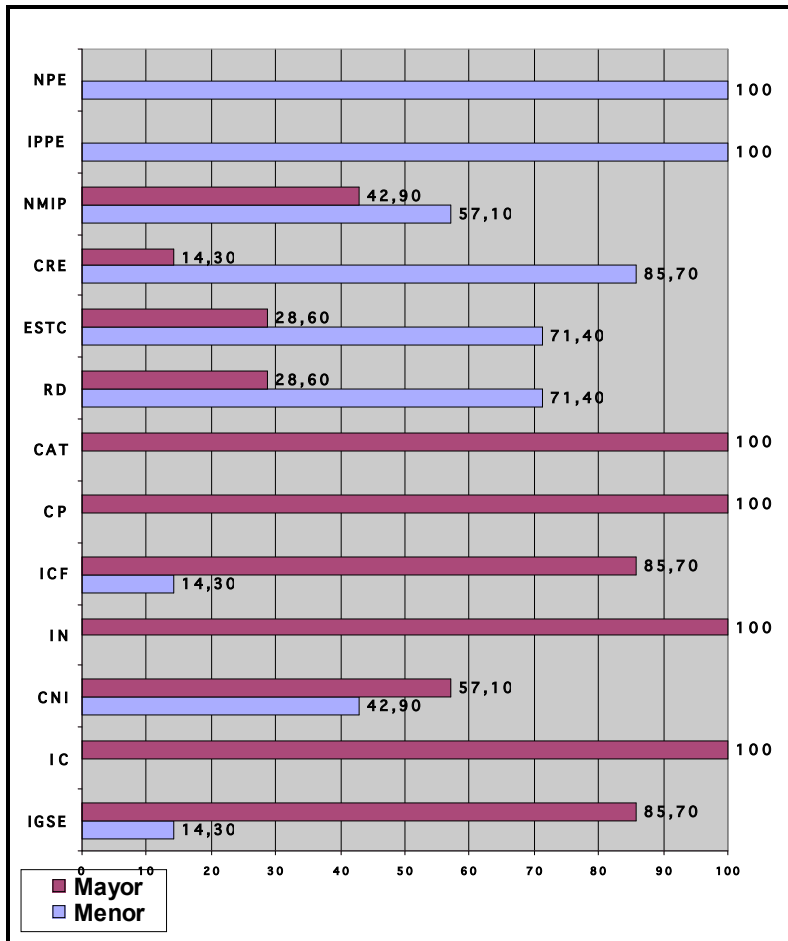
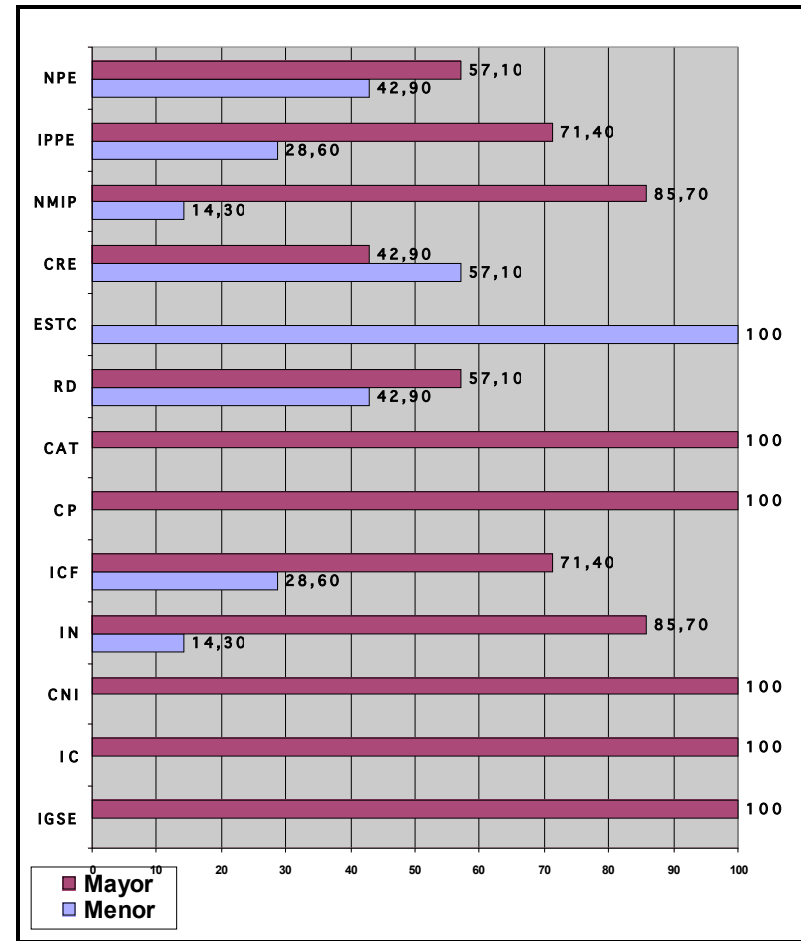


Grafico 12

Post- test Frecuencia Cuestionario de Conocimiento sobre
Diabetes y su Tratamiento



En las gráficas 11 y 12 se presentan las frecuencias relacionadas con el pre-test y pos-test del cuestionario Conocimiento sobre diabetes y su tratamiento de acuerdo con los niveles de mayor y menor. En el factor Información general sobre la enfermedad en el post-test, se observó un aumento significativo al encontrarse que el 100% de los participantes puntuaron en el grado mayor, es decir están informados respecto a lo relacionado con el conocimiento de la diabetes, los cuidados que se deben tener, los cambios que se deben realizar en los hábitos alimenticios y en la actividad física y la implementación de la indicaciones médicas. En el factor Información sobre las complicaciones tanto en el pre-test como en el post-test se observó que el 100% de los pacientes puntuaron en el grado mayor, es decir, están informados sobre las complicaciones asociadas con la diabetes. En el factor Conciencia de necesidad de información sobre la enfermedad en el post-test, se observó que el 100% de los participantes puntuaron en el grado mayor, es decir, que son conscientes de la necesidad de estar informado frente a los aspectos de la diabetes para así evitar complicaciones. En el factor Información Nutricional en el post-test, se observó un porcentaje de participantes al 14,3% que indicaron no estar informados sobre los hábitos alimenticios propios de la diabetes con relación al pre-test. En el factor Información sobre el cuidado físico en el post-test se observó un aumento al 28,6% de los participantes que puntuaron en rango menor, es decir, no están informados respecto al cuidado físico que exige la enfermedad. En el factor Conductas sobre prevención tanto en el pre-test como en el post-test el 100% de los participantes puntuaron en el grado mayor, es decir, usan las conductas preventivas. En el factor Conducta hacia la adherencia terapéutica, tanto en el pre-test como en el post-test, se observó que el 100% de los participantes puntuaron en el grado mayor, es decir, se adhieren al tratamiento. En el factor Rasgos Depresivos en post-

test se observó un aumento al 57,1% de los participantes que puntuaron en el grado mayor, es decir, presentan síntomas de depresión con relación al pre-test. En el factor Estrategias cognitivas en el post-test, se observó que el 100% de los participantes puntuaron en el grado menor, es decir, que no utilizan las estrategias cognitivas. En el factor Necesidad manifiesta de intervención psicológica en el post-test, se observó un aumento de los participantes que puntuaron en el nivel mayor al 85,7% con respecto al pre-test, indicando que si hacen uso de la intervención psicológica. En el factor Información previa psico-educativa en el post-test, se observó un aumento de los participantes que puntuaron en el nivel mayor al 71,4% con respecto al pre-test, es decir, están informados respecto a todo lo que compete con la enfermedad, desde el aspecto médico, hasta el aspecto psicológico, emocional, familiar y social. Finalmente, en el factor Necesidad psico-educativa en el post-test, se observó que aumentó el porcentaje de participantes que puntuaron en el nivel mayor al 57,1% con respecto al pre-test, es decir, reconocen la importancia de recibir por parte del personal médico las herramientas necesarias que ayudarán a un adecuado manejo de la enfermedad.

En resumen, con respecto al conocimiento sobre la diabetes y su tratamiento, tras la implementación del programa se observa un aumento en los factores información general sobre la enfermedad, conciencia de necesidad de información, información sobre el cuidado físico, conductas sobre prevención, conductas hacia la adherencia terapéutica en el caso de las mujeres, rasgos depresivos, carga racional emotiva, necesidad manifiesta de intervención psicológica, información previa psico-educativa. También se observa un decremento en los factores información nutricional para el caso de los hombres, estrategias

cognitivas para las mujeres y se mantuvo el factor información acerca de las complicaciones tanto para hombres y mujeres.

9. DISCUSIÓN

La realización de esta investigación tuvo como propósito implementar un programa de intervención psicológica dirigido a modificar factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos. La importancia de este tipo de programas es que permiten contar con hallazgos que sirven de punto de partida para futuras investigaciones. Es de indicar que dado el reducido número de participantes, el alcance de los resultados es limitado, pero permite orientar los datos toda vez, que como se indica, este es un pilotaje del programa cuya validez debe ser demostrada mediante una aplicación a un mayor número de participantes.

En cuanto a los resultados obtenidos a través del pilotaje del programa, se observaron cambios en diferentes aspectos. Con respecto a la salud general se observó que aunque se presentó una mejoría al encontrarse que un porcentaje de los participantes se ubicó en el nivel excelente y existió un aumento en los participantes que se ubicaron en el nivel bueno, posiblemente al haber existido un mayor aprendizaje en relación con la diabetes o una puesta en práctica de lo trabajado como la adopción y realización de actividades favorables para la salud y tratamiento de la diabetes, tales como la modificación de hábitos alimenticios, implementación de actividad física y un constante control médico lo cual traería como resultado una mejoría en la salud y por consiguiente una modificación en la concepción de su estado. También se encontró que un porcentaje de los pacientes se ubicó en el nivel regular dando cuenta de una disminución en la valoración de la salud actual y las

expectativas de la misma, esto pudo haber obedecido a que al tener un mayor conocimiento de la enfermedad se generara una concientización de la realidad traduciéndose en una desesperanza frente al curso de la enfermedad. Asimismo, se observó que la calidad de vida con respecto a la salud mental se vió afectada levemente, lo cual permite inferir que aunque la gran mayoría de los participantes están logrando tener un control emocional y conductual a pesar de las diferentes demandas que genera la diabetes, un pequeño porcentaje de los participantes indicó cierto grado de dificultad al ubicarse en el nivel regular, posiblemente como se indicaba líneas atrás; los pacientes al tener un mayor grado de conocimiento frente a la enfermedad y concientizarse de su realidad pueden maximizar las complicaciones propias de ésta, visualizando el futuro de forma negativa; también se debe a la aparición de enfermedades relacionadas o no cómo la diabetes, a problemas familiares y/o económicos, dando como resultado la aparición de síntomas de ansiedad y algún grado de depresión. Esto se corroborara a través del estudio de Castellón Sánchez, Rubio, Rico y Cerezo (1996) quienes encontraron que los principales tipos de trastornos psicogeríátricos en pacientes diabéticos son los cognitivos y los depresivos, presentando la mitad de pacientes diabéticos (51%) algún grado de depresión. Esto se confirma en lo evidenciado en factor rol emocional en donde se observó un aumento leve en los participantes que indicaron que los problemas emocionales sí interfieren en el desempeño laboral, actividades cotidianas y en el rendimiento a la hora de realizar cualquier oficio.

Frente al rol físico, se observó que aunque el 57.1% de los participantes se ubicó en un grado alto, un 42.9% de ellos mostraron que su salud física interfiere en la realización del trabajo y otras actividades diarias, lo cual podría obedecer a un elevado grado de exigencia física para su ejecución; este análisis se ve reflejado en los resultados obtenidos en el factor

dolor corporal, donde se encontró que un alto porcentaje de los participantes presenta un elevado grado de dolor indicando que la intensidad de éste en ocasiones puede afectar el desempeño laboral y cotidiano; esto se corrobora a través de las investigaciones de Mena, Martin, Simal, Bellido y Carretero (2006) quienes encontraron que la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada principalmente en aspectos relacionados con la función física, la vitalidad, el dolor corporal y la salud mental; al igual que Vinaccia et al. (2006) quienes hallaron un deterioro importante en la calidad de vida de pacientes diabéticos principalmente en lo relacionado con la evaluación que el paciente hace sobre su salud el dolor corporal, la vitalidad y la actividad física como variables que interfieren en el trabajo y otras actividades, limitando en gran medida su desempeño y productividad. Sin embargo, con respecto al factor función física contrario a lo que se podría pensar, se lograron generar cambios positivos como la disminución en el número de pacientes que refirieron una mala función física, lo cual incluía limitaciones en actividades como bañarse, caminar, y correr, entre otras, seguramente como resultado de un aprendizaje a partir de la información proporcionada respecto a la importancia de una adecuada nutrición y una constante actividad física, entendiendo que esta última no requiere de tiempos prolongados y que su realización es viable dentro de las posibilidades de cada paciente. Este mejoramiento se confirma en los resultados obtenidos en el factor vitalidad donde los pacientes presentaron mejorías, indicando por ende ausencia de síntomas de agotamiento y cansancio.

En cuanto a la función social, aunque los resultados siguen siendo favorables, se observó un decremento en la evaluación que se realizó pues se presentó una disminución en la proporción de los participantes que se habían ubicado en el grado excelente, dando como resultado una proporción mayor en el grado muy bueno, seguramente como respuesta a las

dificultades evidenciadas en los factores rol físico y dolor corporal, indicando así una leve interferencia en la vida social habitual, cómo lo plantearon Armas, Legrá y Sierra (2002), donde concluyeron que la mayoría de los pacientes diabéticos tienen una calidad de vida, con deterioro en lo relacionado a la salud física y psíquica, pero observando que la función social fue la variable menos afectada.

Finalmente en cuanto al factor rol emocional se observó un aumento leve en los participantes que habían indicado que los problemas emocionales sí interfieren en el desempeño laboral, actividades cotidianas y en el rendimiento a la hora de realizar cualquier oficio.

Con respecto a lo relacionado con las conductas frente a la enfermedad se observaron los siguientes cambios: en el factor Hipocondría general se observó una disminución en el temor que los participantes habían referido frente a la enfermedad, lo cual también se podría atribuir al hecho de haber adquirido un mayor conocimiento de la enfermedad, permitiendo una concepción real de las exigencias, los cuidados y las complicaciones que se pueden generar a partir de la enfermedad, o también al conocer de forma más clara la enfermedad, se podría lograr una disminución del temor hacia la enfermedad al conocer los cuidados que pueden permitir una reducción en las complicaciones y por ende un mejoramiento en la calidad de vida; a pesar de esto, se refleja en el factor convicción de la enfermedad una creencia firme en la presencia de alteraciones somáticas pero no como característica predominante, esto podría obedecer a la adquisición de un mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad ya que al equiparar las exigencias de la enfermedad frente a su comportamiento, se pudo haber obtenido un análisis negativo al reconocer que

no se están realizando conductas acordes al adecuado manejo de la enfermedad. Lo anterior se ve reflejado en los resultados obtenidos frente al factor percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad, que aunque las puntuaciones altas disminuyeron en el post-test, se presentó un aumento de los participantes que se encuentran en el nivel medio, frente al hecho de atribuir la enfermedad más a causas psicológicas que físicas. Esto podría entenderse desde lo planteado por Brannon y Feist (2001) donde explican que tras la aparición de una enfermedad crónica se ven afectados diferentes aspectos del individuo, generándose desequilibrios en lo físico, social y psicológico, siendo necesaria la adopción de cambios en la cotidianidad.

Por otro lado, se observó una mejoría en la expresión de sentimientos, especialmente los negativos. Frente a la perturbación afectiva se observó que sólo el 14,3% de los participantes aún presentan síntomas de depresión y ansiedad, evidenciados en una puntuación baja en el factor negación de problemas vitales y en la disminución de sentimientos de enfado e irritabilidad tras la aplicación del programa. Al comparar estos resultados con el trabajo de Vinaccia et.al (2006), se observa que los pacientes diabéticos pertenecientes al programa puntuaron al igual que en el estudio citado, en el nivel medio en los factores hipocondría general, convicción de la enfermedad y percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad. Por otro lado, si se comparan los resultados obtenidos a través del programa, relacionados con los factores inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación e irritabilidad, frente a lo planteado por Evers et.al (2001, citados por Vinaccia et.al 2006), quienes plantean que frente a un elemento de tensión, se pueden desarrollar tres tipos de re-evaluación cognitiva de tipo positivo o negativo, en este caso se puede inferir que algunos desarrollaron cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión

aceptando el impacto de tener una enfermedad crónica y aprendiendo a vivir con ella, mientras que otros desarrollaron cogniciones que dan un significado positivo al evento (en este caso la diabetes), enfocándose en consecuencias positivas adicionales del elemento de tensión, cómo son la modificación en la prioridades frente a la vida y especialmente en el fortalecimiento de la relaciones interpersonales.

En cuanto al conocimiento sobre diabetes y su tratamiento se encontró que en los factores información general sobre la enfermedad, información sobre las complicaciones, conciencia de necesidad de información y conductas sobre prevención la puntuación fue en el rango mayor; evidenciándose un conocimiento más profundo sobre la enfermedad, manteniendo el interés y la necesidad por obtener mayor información con el fin de aprender todo lo necesario sobre la diabetes; en qué consiste, como se puede tratar, que complicaciones se pueden presentar y de qué manera se pueden evitar realizando conductas preventivas relacionadas con los hábitos alimenticios, la actividad física y el tratamiento médico; lo cual se ve reflejado en una buena calidad de vida de estos pacientes, ya que a mayor dominio respecto a la diabetes, mejor y más adecuado será el manejo que cada uno le dé a la enfermedad. Asimismo la puntuación obtenida en el factor conducta hacia la adherencia terapéutica se ubicó en el rango mayor, contrario a lo que se podría esperar teniendo en cuenta que se trabajó con un muestra cuya característica principal fue la baja adhesión al tratamiento; esto se podría explicar desde lo planteado en el estudio de Villa y Vinaccia (2006) donde la adhesión terapéutica, es definida desde lo planteado por Martín y Grau, (2004, citados por Villa y Vinaccia), como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Pág. 52). Sin embargo, ellos plantean que no

existe una división completa entre adhesión y no adhesión y puede tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no asistir a las consultas médicas o asistir a ellas, pero tomando los medicamento a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, más no atender aspectos como la dieta y otros cuidados de la salud.

Por otro lado, Rodríguez Saldaña (2002, citados por Silva y Guzmán, 2006) plantea una serie de barreras que pueden llegar a entorpecer la adhesión al tratamiento, estas son, la modificación en el estilo de vida que se generan a partir de la aparición de la enfermedad (cambios en las hábitos alimenticios, cuidado físico, control de situaciones estresantes, medicación, y control en los niveles de glicemia); la ausencia de síntomas, ya sea por la falta de estos o por la dificultad para interpretarlos cuando se presentan; las complicaciones asociadas propias de la enfermedad; la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento, que aunque el paciente adopte las medidas necesarias para un adecuado manejo de la enfermedad, pueden no obtener los resultados esperados y por consiguiente puede incumplir con el tratamiento; la práctica médica convencional, la comunicación de las complejas prescripciones del tratamiento, esta barrera depende del manejo que el equipo médico le dé a cada paciente, ya que en ocasiones el sistema sanitario limita los recursos con los que el médico puede contar para abordar el paciente crónico; la ausencia de conocimiento y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento, esto se puede presentar por limitaciones ya sean del sistema sanitario ó las limitaciones propias del paciente (factores socio-económico, factores demográficos, creencias y/o limitaciones físicas) y las consecuencias de un seguimiento correcto son, en muchos casos, más

punitivas que las del incumplimiento, esto responde a los cambios en el estilo de vida necesarios para un adecuado manejo de la enfermedad.

De igual forma, se observaron cambios positivos respecto a lo relacionado con el factor necesidad de intervención psicológica, dado que los pacientes encontraron en la ayuda psicológica una herramienta que les permitió adquirir habilidades tanto psicológicas y sociales para afrontar las diferentes demandas de la diabetes y del tratamiento y a la vez aceptar que la enfermedad con la cual viven, es una enfermedad que no tiene cura y que se convivirá con ella el resto de sus vidas; esto se vió reflejado en las puntuaciones relacionadas con los factores información previa psico-educativa y necesidad psico-educativa; dado que se puede inferir que lograron introyectar la importancia de reconocer que la enfermedad, es un conjunto de aspectos tanto médicos, como psicológicos, sociales, laborales y familiares y así recibir de cada aspecto las herramientas necesarias que permitirán dar un manejo más adecuado a la enfermedad. Esto puede corroborar los hallazgos de Froján y Rubio (2004) en relación con la adhesión terapéutica auto-evaluada, la cual está relacionada positivamente con el control metabólico y que las variables fundamentales que determinan la adhesión terapéutica son: las relativas a la práctica del ejercicio físico y la relación establecida con el personal sanitario. Asimismo, esto se evidencia en lo propuesto por Ortíz y Ortíz (2005) donde indican que el proceso de adhesión está mediado por el tipo de diabetes, factores psicológicos, socioeconómicos y demográficos y por los componentes relacionados con la adhesión al tratamiento los cuales son: *las creencias*, es decir, lo relacionado con la información concisa y verdadera que se dé de la enfermedad; *los motivos*, es decir, los sentimientos y necesidades que el paciente desarrolla durante el transcurso de su enfermedad y por último *las acciones*, es decir las

habilidades y destrezas que posee el individuo para seguir con todas las recomendaciones del tratamiento.

Sin embargo, en relación al factor rasgos depresivos, se observó que la mitad de los pacientes presentan ciertos rasgos depresivos, donde se podría inferir, que se debe al hecho de haberlos enfrentado a un trabajo con ellos mismos, con la familia, con las emociones y con la aceptación de lo que trae consigo la enfermedad; esto confirma lo encontrado en el estudio de Florenzano et al, (2006) donde encontraron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue del 27,2% presentándose con frecuencia duplicada en pacientes crónicos el trastorno de somatización, la dependencia del alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada. También podría confirmar los hallazgos de Cabello, Benavides y Jaymez (1996) quienes encontraron que los pacientes crónicos y diabéticos reportan niveles más altos de sintomatología depresiva que la población en general. Otra investigación que permite corroborar estos resultados fue la realizada por Zenteno, Morales y Cardiel (2001), quienes encontraron que la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II fue alta, del 39% y observaron otros factores relacionados, como enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado; cabe anotar que estos otros factores mencionados por Zenteno, Morales y Cardiel se evidenciaron en algunos de los pacientes pertenecientes al programa (particularmente el sexo femenino y ser viuda).

Por otro lado, en cuanto a lo relacionado con las estrategias de afrontamiento, se observaron cambios positivos como la disminución en el uso de la estrategia negación y evitación emocional, evidenciado en que la mayoría de los pacientes manifestaron durante el programa el aceptar y enfrentar los problemas que se pueden generar desde el hecho de

padecer una enfermedad crónica como es en este caso la diabetes y todas las demandas, cambios y complicaciones que esta trae consigo, hasta los sentimientos de rabia, preocupación y angustia que surgen; trayendo como beneficio el uso de acciones más responsables para el manejo de la enfermedad. Esto se corrobora con el hecho de que la totalidad de los pacientes manifiestan no utilizar la reacción agresiva como una estrategia para afrontar las situaciones tras la aplicación del programa y a su vez se ve reflejado en el aumento del uso de la estrategia búsqueda de apoyo social, es decir, se infiere que los pacientes lograron aceptar y reconocer la importancia de los otros en sus vidas, ya sean familiares, amigos o profesionales de la salud; debido a que con estos se logrará acceder a más información relacionada con la enfermedad, aparte de contar con un apoyo emocional y/o social que le permitirá al paciente tolerar o enfrentar cualquier situación que considere le esté generando estrés. Es de anotar que al programa se vincularon los familiares y personas más cercanas al paciente, ya que es importante hacer énfasis en que la diabetes es una enfermedad familiar y por lo tanto su tratamiento también lo es. Esto se corrobora a través del estudio planteado por Ortiz (2004) quien encontró que entre los factores psicológicos y sociales asociados a la diabetes se encuentra el apoyo social brindado por familiares así como por los amigos y se considera como una determinante de la adherencia al tratamiento de parte del individuo; Lo (1999, citado por Ortiz, 2004) sugiere que el apoyo social puede modificar la percepción de eventos estresantes, entregando al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante específico, y de este modo conducir a un mejor control de las glicemias. Lo anterior también se vió reflejado en el aumento del uso de la estrategia solución de problemas. Todo lo mencionado anteriormente, se corrobora en lo expuesto por Lazarus y Folkman (1986) quienes plantean que existen dos

modos de afrontamiento, el dirigido a la emoción y el dirigido al problema; este último como su nombre lo indica utiliza estrategias que permiten definir el problema y entrar en la búsqueda de diferentes alternativas para encontrar la mejor solución. Por otro lado, frente a la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento no se presentaron cambios, es decir, los pacientes no hacen uso de esta estrategia, puede ser porque no se les dificulta expresar emociones, sentimientos y pensamientos negativos generados por la enfermedad, esto se podría explicar a través de lo que plantean Lazarus y Folkman (1986) en cuanto a que las estrategias dirigidas a la emoción, existen las que permiten modificar la forma de vivir la situación, pero sin cambiarla objetivamente.

Finalmente, como la diabetes es una enfermedad compleja que involucra muchos factores los cuales interfieren en la falta de adherencia terapéutica como son los factores socioeconómicos, demográficos y acceso a los sistemas de salud, es de aclarar que no son susceptibles de modificar a través de un programa psicológico y que por lo tanto, una intervención como lo planteada podría lograr un impacto pero no en la totalidad de los factores implicados en la no adherencia al tratamiento.

10. CONCLUSIONES

Frente a la evaluación de los factores psicológicos relacionados con la baja adhesión al tratamiento con respecto a los instrumentos aplicados y el pilotaje del programa se concluye que frente a las conductas de enfermedad los pacientes mostraron mejorías en lo relacionado a la negación de problemas y atribuir a la enfermedad la culpa frente a las diferentes dificultades del diario vivir; de igual forma se observó una disminución

importante frente al manejo de sentimientos de rabia, enojo y cólera especialmente en contextos interpersonales.

Frente a la calidad de vida, se concluye que en la muestra se manifiesta que la salud no interfiere del todo en el desempeño de actividades cotidianas básicas, ni en la interacción con el grupo social, familiar y/o laboral; sin embargo son pacientes que presentan alguna dolencia corporal, lo cual supone personas que la condición de una enfermedad crónica no supone necesariamente deterioro en la calidad de vida.

Frente al uso de estrategias de afrontamiento se concluye que los pacientes mejoraron en cuanto a la manera de encontrar soluciones frente a los problemas o demandas generadas o no por la enfermedad. De igual forma se evidenció una mejoría en la disminución del uso de la estrategia negación, reacción agresiva y un aumento en el uso de la estrategia búsqueda de apoyo social como herramientas que les permitirán un mejor manejo de la enfermedad al contar con mayor información y con el apoyo emocional brindado ya sea por la familia, amigos y/o equipo médico.

Frente al conocimiento de la enfermedad se observó una actitud acertada y efectiva al reconocer la importancia de estar informado respecto al hecho de estar diagnosticado con una enfermedad crónica: conocer el porqué, las consecuencias, complicaciones, aceptación frente a los cambios en los hábitos alimenticios, la importancia del ejercicio físico y mantener un control médico.

Se concluye que aunque los pacientes presentan un buen estado de salud mental, hay evidencia de presencia de rasgos depresivos cómo se indica en la discusión debido al

hecho de haberlos enfrentado a un trabajo con ellos mismos, con la familia, con las emociones y con la aceptación de lo que trae consigo la enfermedad.

De acuerdo con las hipótesis planteadas, sobre si un programa de intervención psicológica podría o no modificar los factores psicológicos asociados con la baja adhesión al tratamiento, se concluye que esto sí es posible realizando un trabajo que responda no sólo a las necesidades inmediatas de un grupo en particular de pacientes, sino a la población diabética en general; aclarando, sin embargo, que la baja adhesión al tratamiento no sólo está relacionada con factores psicológicos y médicos sino con factores que a través de un programa no se pueden modificar como son los factores económicos, en cuanto a la falta de recursos, ausencia de acceso a los servicios de salud y desempleo entre otros.

11. RECOMENDACIONES

Es recomendable para resultados más confiables, aumentar el número de participantes y no sólo enfocar los programas a mejorar los factores relacionados con la baja adhesión al tratamiento, sino también plantearlo hacia reforzar aquellos que no interfieren con la baja adhesión al tratamiento. Por tal motivo, sería interesante realizar un programa más amplio que contenga un trabajo sobre todos los factores evaluados a través de los cuestionarios utilizados; teniendo en cuenta que este programa fue diseñado para responder a las necesidades evidenciadas en la muestra estudiada, aclarando que estos factores que interviene en la adhesión al tratamiento pueden variar de un paciente a otro.

Para confirmar el efecto del programa se recomienda utilizar un diseño de grupo control y grupo experimental y aplicar una medida biológica en el post-test (Hemoglobina Glicosilada).

El trabajo que se realice con los pacientes, debe caracterizarse por la constancia, en términos de que ellos trabajen con el mismo profesional, sobre todo en el área de psicología, debido a que ellos mismos manifiestan, que cuando ya se ha tomado confianza y existe una empatía con el profesional, no es fácil, ni agradable tener que empezar el proceso con otro profesional. En el mismo sentido, sería de gran utilidad tener historias clínicas de los pacientes, relacionadas con el área de psicología para llevar un proceso continuo y evitar de esta manera reiterar en la búsqueda de información lo cual resulta incómodo para el paciente.

Con el fin de incrementar la participación de los participantes en los programas propuestos por la institución es importante diseñar estrategias que mejoren la convocatoria y participación de los pacientes.

Finalmente, dado que la literatura enfatiza en el rol del apoyo social en los procesos de adhesión al tratamiento, se recomienda involucrar el grupo de apoyo en las intervenciones terapéuticas, tal como se llevó a cabo en el presente estudio.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 104, 771-776.

American Diabetes Association (2006). *Información sobre la diabetes*. Descargado el 5 de febrero de 2007 de <http://www.diabetes.org/uedocuments/dangerous-toll->

Spanish-2006.pdf

American Diabetes Association. *Diabetes tipo 2*. Descargado el 8 de febrero de 2007 de

<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2.jsp>

American Diabetes Association. *Diabetes Gestacional*. Descargado el 8 de febrero de 2007

de <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/gestacional.jsp>

American Diabetes Association. *Síntomas de la Diabetes*. Descargado el 11 de febrero de

2007 de <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/sintomas.jsp>

Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C y Ponce de León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *RIC (Revista Investigación Clínica)*, 57, 676-684.

Armas López, M, Legrá Matos, N. L. y Sierra, R. E. (2002). Retinopatía Diabética. Su impacto en la calidad de vida bio-psico-social. Centro de atención al Diabético, Guantánamo, Cuba, 2002. *Interpsiquis*. Descargado el 2 de octubre de 2007 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/14497/>

Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Thomson Editores.

Cabello Alarcón, H., Benavides Vásquez, A., y Jaymez Vásquez, A. (1996). Depresión en pacientes adultos con diabetes. *Revista de la sociedad peruana de Medicina Interna*.

Castellón Sánchez del Pino, A., Rubio Herrea, R., Alexandre Rios, M., Cerezo Morales, S.

Perfil de riesgo psicopatológico en el mayor diabético. *Semergen* 25, 779-785.

Contreras, O.M., (2007) Identificación de los factores psicológicos asociados a la poca adherencia al tratamiento en una muestra de pacientes diabéticos pertenecientes al programa de la fundación santandereana de diabetes y obesidad-FUSANDE. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana.

De León, E. M. y Barrios, V. V. (2000). *Superando la diabetes*. (1ra Ed.). Bucaramanga, Colombia: UIS.

Federación Internacional de Diabetes (2006). La epidemia de diabetes esta fuera de control.

Descargado 7 de septiembre de 2007 de <http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=9A915A40-5E3C-4D95-A6D4-7D404806A644>

Froján Parga, M. y Rubio Llorente, R. (2004). Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulín dependiente. *Psicothema*, 16, 548-554.

Gaitán, V. (1989). *El libro completo de la DIABETES*. (1ra Ed.). Colonia del Valle: México: Universo.

Galán Rodríguez, A., Blanco Picabia, A. y Pérez San Gregorio, M.A. (2000). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de psicología*, 16, 157-166.

Lazaruz, R.S., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Londoño Arredondo, N.H., Henao López, G.C., Puerta Lopera, I. C., Posada Gómez, S., Arango Rendón, D., Aguirre-Acevedo, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala estrategias de coping-modificada EEC-M, en una muestra colombiana. *Dialnet*, 5, 327-350
- Martín, M. (2001). *Riesgo de infecciones habituales del diabético tipo 2: Experiencia en un centro de salud a lo largo de 10 años*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez Chamorro, M., Lastra Martínez, I., y Luzuriaga Tomás, C. (2001). Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Anales de pediatría*, 55, 406-412.
- Martra, A. y Abbas, A. (2005). El sistema endocrino. En V. Kumbar, A. Abbas y N. Fausto *Patología estructural y funcional*, pp. 1159-1230. España: Servier.
- Mena Martin, F.J., Martin Escudero, J. C., Simal Blanco, F., Bellido Casado, J., y Carretero Ares, J. L. (2006). Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del estudio de Hortega. *Anales de medicina interna*, 23, 357-360.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Colombia: Psicom Editores.
- Oblitas Guadalupe, L.A. (2004). *Psicopatología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Observatorio de salud pública de Santander.(2006) *Diagnóstico de salud en Santander*.

Descargado el 7 de septiembre de 2007 de <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/publicaciones.php?ptcod=1&pubcod=6>

Ontiveros Esqueda, C. (2004). Reseña “Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes”. Egede, L. zheng, D. y Simpson, K. *Investigación en salud*, VI, 2. Descargado de <http://oai.redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14260214&iCveNum=1567>

Organización Mundial de la Salud (2003). *Adhesión del paciente*. Descargo el 15 de marzo de 2007 de http://www.who.int/topics/patient_adherence/es/

Ortiz, M.S. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes chilenos diabéticos tipo I. *Psykhé*, 13, 21-31.

Ortiz, P. M. y Ortiz, P. E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo I chilenos: una aproximación psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133, 307-313.

Florenzano, R., C., Fullerton, D., Goldberg, M., Rezaki, V., Mavreas y W. Maier (2006). Relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud. Descargado el 20 de septiembre de 2007 de http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7161pdf

Reynoso Erazo, L y Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud-Un enfoque conductual*. México: Editorial Manual Moderno.

Ruiz Sánchez, J.J., Imbernón González, J.J., Cano Sánchez, J.J (1999). Psicoterapia Cognitiva de urgencia. Descargo el 23 de marzo de 2007 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbda/Libros/Urgencia/urgencia12.htm>

Silva Maldonado, P. y Guzmán Saldaña, R. (2006). *Psicodiabetes. Enfoque biopsicosocial*. Bogotá: Psicom Editores.

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2000; 23: S4-S19. Descargado de: http://www.diabetesjuvenil.com/documentos_html/dj_diagnostico_clasificacion_diabetes_mellitus_2.asp#tipo2

Téllez Zenteno, J. Morales Buenrostro, L. y Cardiel M. (2001). Frecuencias y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Descargado el 13 de septiembre de 2007 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M.C., Carrillo, L.M., Cuartas, M.J., López, N. y Cano, E.J. (2004). Conducta Anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14, 31-41.

Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Andrade, I.C. Contreras, F., y Tobón, S., Calle, E. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*. 13, 15-31.

- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A.E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colonrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.
- Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.

ANEXOS

ANEXO 1

CUADERNILLO DE CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO ILLNESS BEHAVIOR QUESTIONNAIRE IBQ

A continuación le presentaremos unas cuestiones relacionadas con su salud a las que debe responder SI o NO, tachando con una cruz o rodeando la opción elegida. Por favor, intente contestar a todas las preguntas aunque le parezca que algunas no son directamente aplicables a usted.

1. ¿Se preocupa mucho por su salud?	SI / NO
2. ¿Cree usted que algo anda mal en su cuerpo?	SI / NO
3. ¿Interfiere mucho su enfermedad en su vida?	SI / NO
4. ¿Es fácil llevarse bien con usted cuando está enfermo?	SI / NO
5. ¿Ha habido muchos enfermos en su familia?	SI / NO
6. ¿Piensa que usted es más propenso a enfermar que otros?	SÍ / NO
7. ¿Si el médico le dijera que no le encuentra nada malo, le creería?	SI / NO
8. ¿Le es fácil olvidarse de usted mismo y pensar en otras cosas?....	SI / NO
9. ¿Se enfada si se siente enfermo y le dicen que parece mejorado?..	SI / NO
10. ¿Cree que es demasiado consciente de lo que pasa en su cuerpo?	SI / NO
11. ¿Piensa que su enfermedad es un castigo por algo malo que hizo?	SI / NO
12. ¿Tiene problemas con sus nervios?	SI / NO
13. ¿Puede animarle fácilmente su médico cuando se siente enfermo o preocupado? . .	SI / NO
14. ¿Cree que otra gente se da cuenta de lo que es estar enfermo?	SI / NO
15. ¿Le molesta hablar al médico acerca de su enfermedad?	SI / NO
16. ¿Está usted preocupado por muchos achaques?	SI / NO
17. ¿Afecta mucho su enfermedad en cómo se comporta con su familia?.....	SI / NO
18. ¿Cree que se pone ansioso fácilmente?	SI / NO
19. ¿Conoce a alguien que haya tenido su misma enfermedad? . . .	SI / NO

20. ¿Es más sensible al dolor que otros?	SI / NO
21. ¿Teme enfermar?	SI / NO
22. ¿Puede expresar fácilmente sus sentimientos a otros?	SI / NO
23. ¿Siente la gente lástima por usted cuando está enfermo?	SI / NO
24. ¿Cree que usted se preocupa más que los demás por su salud?....	SI / NO
25. ¿Piensa que su enfermedad afecta a sus relaciones sexuales?.....	SI / NO
26. ¿Le produce mucho dolor su enfermedad?	SI / NO
27. ¿Tiene algún problema en su vida aparte de su enfermedad? . .	SI / NO
28. ¿Le preocupa que los demás se den cuenta o no de que está enfermo?	SI / NO
29. ¿Cree que se pone celoso de la buena salud de los demás? . . .	SI / NO
30. ¿Tiene pensamientos tontos acerca de su salud que no puede eliminar por mucho que se esfuerce?	SI / NO
31. ¿Tiene algún problema económico?	SI / NO
32. ¿Le molesta cómo toman los demás la enfermedad de usted?.....	SI / NO
33. ¿Le resulta difícil creer al doctor cuando le dice que no hay nada de lo que preocuparse?	SI / NO
34. ¿Se preocupa a menudo por la posibilidad de tener una enfermedad grave?	SI / NO
35. ¿Duerme bien?	SI / NO
36. ¿Tiende a reprimir sus sentimientos cuando está enfadado? . . .	SI / NO
37. ¿Piensa a menudo que puede caer enfermo de repente?	SI / NO
38. ¿Si se le da a conocer una enfermedad (por la radio, televisión, o alguien que conozca) le preocupa llegar a tenerla?	SI / NO
39. ¿Cree que la gente no toma la enfermedad de usted con suficiente seriedad?	SI / NO
40. ¿Le molesta la apariencia de su cara o de su cuerpo?	SI / NO
41. ¿Cree que se preocupa por muchos síntomas diferentes?	SI / NO
42. ¿Intenta explicar frecuentemente a otros cómo se siente?	SI / NO
43. ¿Tiene algún problema familiar?	SI / NO
44. ¿Cree que algo anda mal en su cabeza?	SI / NO
45. ¿Come bien?	SI / NO
46. ¿Es su mala salud la mayor dificultad de su vida?	SI / NO

47. ¿Cree que se pone triste con facilidad?	SI / NO
48. ¿Se preocupa o molesta por detalles insignificantes para otros?..	SI / NO
49. ¿Es usted siempre un paciente que coopera?	SI / NO
50. ¿Tiene a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave?...	SI / NO
51. ¿Cree que se enfada fácilmente?	SI / NO
52. ¿Tiene algún problema laboral?	SI / NO
53. ¿Prefiere guardarse sus sentimientos para usted mismo?	SI / NO
54. ¿A menudo piensa que se está deprimiendo?	SI / NO
55. ¿Se irían sus preocupaciones si estuviera sano físicamente? . . .	SI / NO
56. ¿Está más irritable con los demás?	SI / NO
57. ¿Cree que las preocupaciones pueden provocar sus síntomas?	SI / NO
58. ¿Los demás se dan cuenta fácilmente de que usted está enfadado con ellos?	SI / NO
59. ¿Le resulta difícil relajarse?	SI / NO
60. ¿Tiene otras preocupaciones no causadas por la enfermedad física?.....	SI / NO
61. ¿Cree que pierde la paciencia a menudo con los demás?	SI / NO
62. ¿Le es difícil mostrar a los demás sus sentimientos?	SI / NO

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta como se le indica. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy buena
- 3 ☐ Buena
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ☐ Más o menos igual que hace un año
- 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
- 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

2 ☐ Sí, muy poco

3 ☐ Sí, un poco

4 ☐ Sí, moderado

5 ☐ Sí, mucho

6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN
IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA
LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces

- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces
- 4 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

CUESTIONARIO ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA

Londoño N.H., Henao G.C., Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., Aguirre, D.C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Instrucciones: A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores.

		1	2	3	4	5	6
		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3.	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8.	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9.	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11.	Procuro guardar para mí los	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO SOBRE DIABETES Y SU TRATAMIENTO

A continuación le presentaremos unas cuestiones relacionadas con la diabetes a las que debe responder **SI o NO**, tachando con una **cruz (X)** la **opción elegida**. Por favor, intente contestar a todas las preguntas. Sus respuestas permitirán reconocer que sabe de la enfermedad, y que esta usted haciendo para mantenerse estable.

1. ¿Sabía que la diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior?
SI / NO
2. ¿Conocía qué la Diabetes es un trastorno metabólico?
SI / NO
3. Estaba enterado (a) que entre los signos que hacen pensar en la existencia de diabetes son el aumento de la sed, el hambre continua, las ganas de orinar, el cansancio, la piel reseca y las infecciones frecuentes?
SI / NO
4. ¿Sabía que entre los signos que pueden presentar algunas personas diagnosticadas con diabetes son pérdida de peso, visión borrosa, se sienten enfermas, vomitan o tienen dolor de estómago?
SI / NO
5. ¿Presenta alguno de estos síntomas: cambios dramáticos en el apetito, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, fatiga o falta de energía?
SI / NO
6. ¿Últimamente ha presentado sentimientos de inutilidad, inactividad, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, sentimientos de desesperanza y abandono?
SI / NO
7. ¿Es cierto que la diabetes se clasifica en Diabetes Mellitus Tipo I, diabetes Mellitus tipo II, diabetes gestacional?
SI / NO
8. ¿Está informado que un paciente con diabetes puede presentar las siguientes complicaciones agudas: estados de coma, hiperglicemia (nivel excesivo de glucosa en sangre), síntomas neurológicos?
SI / NO
9. ¿Está enterado que la diabetes puede presentar complicaciones crónicas como: cardiopatía coronaria, la vasculopatía periférica, la enfermedad cerebro-vascular?

SI / NO

10. ¿De igual manera, podría presentar complicaciones como: gangrena, ceguera, insuficiencia renal, la amputación de extremidades inferiores, el infarto del miocardio y eventos cerebrales vasculares?

SI / NO

11. ¿Conoce los cuidados que debe tener como paciente diabético para evitar las complicaciones mencionadas?

SI / NO

12. ¿Es conciente de la gran importancia de tener información acerca de la diabetes, del por qué de su enfermedad y seguir las medidas terapéuticas?

SI / NO

13. ¿Usted maneja en la actualidad un plan alimenticio supervisado para controlar su diabetes?

SI / NO

14. ¿Realiza ejercicio físico?

SI / NO

15. ¿Consume diariamente sus medicamentos según la prescripción médica?

SI / NO

16. ¿Le gustaría iniciar un proceso de intervención psicológica?

SI / NO

17. ¿Usted y su familia han recibido apoyo psicológico?

SI / NO

18. Teniendo en cuenta sus creencias, ¿Cree que la diabetes es una enfermedad que “*me pusieron*” (brujería, hechicería, mal de ojo)?

SI / NO

19. Considera según sus creencias, ¿Qué “*Dios tiene una razón para esta situación y yo tengo que aceptarlo..., es una oportunidad de ser mejor*”?

SI / NO

20. ¿Teniendo en cuenta sus creencias, piensa que tiene diabetes porque “*Se me subió el azúcar*” o bien, “*no tuve control del azúcar*”?

SI / NO

21. ¿Según la información que usted tiene, su diabetes se debe a una inadecuada dieta alimentación, a los antecedentes familiares o el mal funcionamiento del organismo, entre otras razones?

SI / NO

22. ¿Estaba instruido (a) que el diagnóstico de diabetes se debe establecer con base en parámetros clínicos y de laboratorio?

SI / NO

23. ¿Conocía que la diabetes tiene una alta carga genética, es decir, la heredamos?

SI / NO

24. ¿En su dieta alimenticia no consume azúcar, jugos, miel y panela?

SI / NO

25. ¿Está instruido (a) que la dieta alimenticia del diabético se caracterizar por un consumo de todo tipo de verduras y frutas con algunas restricciones como: el consumo de solo una vez por semana medio banano, medio zapote o 10 uvas pequeñas, o un porción de guanábana?

SI / NO

26. ¿Está enterado (a) que puede consumir carnes magras preferiblemente de tipo pez, aves y carnes rojas, sin fritar y sin salsas, excepto los guisos?

SI / NO

27. ¿Le han indicado que puede consumir una sola harina con cada comida al día?

SI / NO

28. ¿Le han comunicado que en su dieta alimenticia nunca debe freír los alimentos (excepto con aceite de canola) y que puede utilizar de oliva o canola para las ensaladas?

SI / NO

29. ¿Sabía que debe consultar periódicamente el odontólogo para evitar posibles complicaciones o alteraciones en la cavidad bucal como: infecciones en las encías, dolor en la boca, caries, entre otros?

SI / NO

30. ¿Es conciente, qué debe cumplir con un control médico y terapéutico periódico?

SI / NO

31. ¿Esta avisado (a) que debe mantener un control estricto de la glicemia?

SI / NO

32. ¿Sabía usted que un paciente diabético debe mantener un control del peso, realizar ejercicios físicos y evitar mantenerse sedentario?

SI / NO

33. ¿Está enterado (a) que debe estar vigilante ante el ardor y dolor en los pies, especialmente de aparición nocturna, hormigueos y calambres?
SI / NO
34. ¿Está informado (a) de los programas de intervención psicológicos que se manejan con la familia del diabético para mejorar la calidad de vida y realizar prevención de trastornos afectivos como la depresión?
SI / NO
35. ¿Ha tomado conciencia que la diabetes es una enfermedad crónica y que por esta razón debe mantenerse controlada terapéuticamente?
SI / NO
36. ¿Conoce el por qué de su enfermedad?
SI / NO
37. ¿Mantiene pensamientos negativos acerca de su enfermedad?
SI / NO
38. ¿Le han prevenido que debe estar alerta a factores como el sobrepeso?
SI / NO
39. ¿Sus familiares más cercanos han recibido algún tipo de información acerca de la diabetes?
SI / NO
40. ¿Algún miembro de su familia presenta algún tipo de síntomas que le haga pensar que puede tener diabetes?
SI / NO
41. ¿Está enterado que la diabetes es una enfermedad que no es curable, pero si se puede controlar terapéuticamente?
SI / NO
42. ¿Sabía la importancia la asistencia médica, seguir las recomendaciones médicas cada vez que presente algún síntoma?
SI / NO
43. ¿Se toma sus medicamentos?
SI / NO
44. ¿Se le olvida fácilmente tomarse sus medicamentos?
SI / NO
45. ¿Es fácil para usted mantener la dieta prescrita para los pacientes diabéticos?

SI / NO

46. ¿Es conciente de la prevención que debe tener la familia del paciente diabético?

SI / NO

47. ¿Sabe que es la psicodiabetes?

SI / NO

48. ¿Reconoce la importancia de la intervención psicológica en los pacientes diabéticos?

SI / NO

49. ¿Conoce que cuidados debe tener un paciente diabético?

SI / NO

50. ¿Es fácil para usted cumplir las prescripciones médicas, terapéuticas y farmacológicas?

SI / NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,

identificado (a) con documento N° _____, acepto participar en la investigación “Implementación de un programa de intervención psicológica para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento “

La anterior decisión la tomo teniendo en cuenta que:

- Se me ha explicado que mi participación en la investigación consiste en diligenciar de manera objetiva cuatro cuestionarios, que miden mi calidad de vida en relación con la enfermedad, mis actitudes y sentimientos frente a la enfermedad, el conocimiento que

tengo de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que uso frente a la enfermedad.

- Se me ha informado que los resultados de la investigación, se presentaran de manera general, no se entregan resultados de manera individual. De igual manera, queda claro que de ser necesarios los datos para publicaciones científicas el manejo de los datos será confidencial, garantizando mi derecho al anonimato.
- Se me ha aclarado que ante cualquier duda estoy en la libertad de pedir explicación, así esta influya en mi permanencia en la investigación, entendiendo que conservo el derecho a retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.
- Queda claro que los participantes no recibiremos dinero por parte de los investigadores y que estos correrán con todos los gastos de la investigación, eximiéndome de cualquier pago relacionado a la misma.

He sido informado (a) ampliamente sobre esta investigación y acepto participar en ella para facilitar la identificación de los factores que intervienen en la baja adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos lo cual ayudará al diseño de un programa de intervención psicológica, que tiene como finalidad contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

_____ Paciente

ANEXO 2

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA PACIENTES DIABÉTICOS CON BAJA ADHESION AL TRATAMIENTO

Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad – FUSANDE

Introducción

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de duración permanente y exigir cambios significativos en los hábitos de los individuos de acuerdo a las demandas del tratamiento. En el caso de la diabetes el manejo que se le de a esos cambios (cuidados y demandas) impuestos por la enfermedad, junto a factores psicológicos, demográficos y de comportamiento influirá en el grado de adhesión al tratamiento, siendo el individuo, quien decide si responderá favorablemente a esas demandas. En la diabetes es necesario que el individuo adopte un papel activo en el auto-cuidado el cual va de la mano con el conocimiento que se tenga de la enfermedad lo que permitirá evitar o retrasar muchas de las complicaciones propias de la enfermedad y la posibilidad de tener una mejor calidad de vida. Sin embargo según la Organización Mundial de la Salud (2003) la baja adhesión al tratamiento es muy común en pacientes diabéticos y esta varía dependiendo del tipo de diabetes. Por otra parte la adhesión al tratamiento también se ve mediada por factores como la edad, el género, la complejidad del tratamiento y la cultura.

Por lo tanto, el programa se implementa para incidir sobre factores psicológicos

relacionados con la baja adhesión al tratamiento.

Objetivo General

Implementar un programa de intervención psicológica para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento.

Objetivos Específicos

- Propiciar un conocimiento por parte de los pacientes diabéticos acerca de la diabetes mellitus, su tratamiento y el mantenimiento de mejores hábitos de vida.
- Impartir psico-educación en los pacientes diabéticos que permita un mayor conocimiento de su enfermedad.
- Prevenir las complicaciones en pacientes diabéticos.
- Promover una mejor calidad de vida en pacientes diabéticos
- Favorecer la adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos.

Población

El programa esta dirigido a pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento pertenecientes a la fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad – FUSANDE.

Metodología

El programa se diseñó a partir de la información obtenida mediante la aplicación de cuatro instrumentos (IBQ, SF36, EEC-M y Conocimiento sobre diabetes).

El programa contiene dos áreas de trabajo, la primera, el área de educación, por medio de la cual se les proporcionará a los participantes información acerca de la diabetes con el fin de incrementar sus conocimientos frente a la misma, ya que el control exitoso de la enfermedad depende en gran medida del papel activo del sujeto, para lo cual es fundamental que este sea conocedor de su enfermedad y tratamiento; la segunda área corresponde a las estrategias de afrontamiento, la cual permitirá la adquisición de estrategias útiles en el manejo de la enfermedad las cuales a su vez favorecerán la calidad de vida de los pacientes.

Procedimiento

Para la aplicación de este programa es necesario seguir una serie de pasos. El primero, es identificar los pacientes que presentan una baja adhesión al tratamiento, esta identificación se hace principalmente bajo el criterio del examen hemoglobina glicosilada; una vez identificados los pacientes se invitan a participar en el programa. Posteriormente es necesario acordar horarios de trabajo para su desarrollo; este se realizará mediante sesiones semanales durante un periodo de 6 semanas y cada sesión tendrá una duración máxima de dos horas.

Programa de Intervención en pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento

El programa está compuesto por dos áreas de trabajo, la primera, el área de conocimiento en diabetes y estados de salud, busca educar a los pacientes en todo lo referente a la enfermedad a través de temas como qué es diabetes, causas, clasificación, signos y síntomas, tratamiento, cuidados, complicaciones, nutrición, actividad física, salud mental y control médico y la segunda, el área de estrategias de afrontamiento y conductas de enfermedad, su finalidad es brindar información acerca del uso y la utilidad de estrategias de afrontamiento en la convivencia con la enfermedad como en actividades que forman parte de la cotidianidad, aquí se trabaja negación de problemas, habilidades sociales, búsqueda de apoyo social y expresión de afrontamiento. El tema de habilidades sociales se incluyó en esta área, considerando que son un recurso importante de afrontamiento. Cada área incluye cuatro fases: 1) fase de sensibilización, la cual evidencia la importancia del manejo de las diferentes temáticas y como estas pueden llegar a afectar positivamente la convivencia con la enfermedad; 2) fase teórica, donde se presenta de manera estructurada la información necesaria para el adecuado manejo de cada una de las temáticas; 3) fase práctica, donde se aplica lo aprendido a las vivencias cotidianas mediante actividades y tareas y 4) la fase de evaluación, la cual busca que el participante identifique si existió algún aprendizaje a lo largo de la temática e indique los puntos positivos y negativos de lo aprendido.

Una vez identificados los factores psicológicos más afectados en la muestra, se procedió al diseño del programa.

Teniendo en cuenta la dificultad de los pacientes para asistir, se decidió realizar un programa breve el cual tuvo una duración de 6 semanas, con sesiones individuales y grupales de dos horas, una vez por semana. Se trabajaron las siguientes temáticas así:

Semana 1: conocimiento sobre la diabetes y su tratamiento y los factores relacionados con el cuestionario de salud SF36.

Semana 2: negación de problemas (estrategia de afrontamiento) enfocada al trabajo de solución de problemas (estrategia de afrontamiento) y conductas de la enfermedad.

Semana 3: búsqueda de apoyo social

Semana 4: expresión de la dificultad de afrontamiento.

Semana 5: habilidades sociales, enfocado a trabajar la reacción agresiva y conductas de la enfermedad.

Semana 6: evaluación post-test donde se aplicaron nuevamente los cuestionarios (Ver anexo 1).

Para reforzar los conocimientos ofrecidos, se elaboró y entregó en cada sesión un plegable (Ver anexo 3) acerca del manejo integral de la diabetes (nutrición, ejercicio y conocimiento). Para su elaboración se realizó una búsqueda de información por parte de las estudiantes con el fin de diseñar un material que contuviera información clara acerca de los aspectos anteriormente mencionados.

Área de educación en diabetes y estados de salud (factores del SF36): busca educar a los pacientes en todo lo referente a la diabetes, ¿Qué es diabetes? ¿Qué tipos de

diabetes existen? ¿En que consiste cada uno de estos tipos de diabetes?, ¿Qué cuidados debe tener un paciente diabético?, ¿Qué complicaciones se pueden presentar?, ¿Cómo prevenir estas complicaciones?, importancia del plan de alimentación e importancia de la actividad física. Las temáticas que se trabajan en esta área son ¿Qué es diabetes?, causas de la diabetes, clasificación de la diabetes, signos y síntomas de la diabetes, tratamiento de la diabetes, cuidados en la diabetes, complicaciones de la diabetes, nutrición, ejercicio físico y control médico.

Área de estrategias de afrontamiento y conductas de enfermedad: su finalidad es brindarle a los pacientes información acerca del uso y la utilidad de las estrategias de afrontamiento en la convivencia con la enfermedad como en actividades que forman parte de la cotidianidad. En esta área las temáticas que se trabajan son negación de problemas, habilidades sociales, búsqueda de apoyo social y expresión de la dificultad de afrontamiento.

ÁREA DE EDUCACIÓN EN DIABETES

Semana 1: conocimiento sobre diabetes y su tratamiento y los factores relacionados con el SF36.

Fase de sensibilización: se les da a conocer a los participantes la importancia de adquirir un mayor grado de conocimientos frente a su enfermedad, mostrándoles que de esta manera, podrán contar con más herramientas en el manejo de la enfermedad.

Fase teórica

¿Qué es diabetes? es una enfermedad caracterizada por elevación de la glucosa (azúcar) en la sangre. Es un trastorno del metabolismo en donde el organismo es incapaz de transformar la glucosa por una alteración de secreción de insulina, generando una hiperglucemia o aumento exagerada de la glucosa (azúcar) en la sangre.

Causas de la Diabetes Mellitus: obesidad, vida sedentaria, comidas con excesos de carbohidratos, consumo excesivo de alcohol, uso de medicamentos hiperglicemiantes

Clasificación de la diabetes

Diabetes tipo 1: en este tipo de diabetes el páncreas no produce insulina o la produce en mínimas cantidades, ya que las células encargadas de su producción son atacadas por las defensas del organismo. O sea por un problema de auto-inmunidad. Tiende a manifestarse a temprana edad, en ocasiones desde la infancia.

Diabetes tipo 2: En este tipo de diabetes contrario al tipo 1, hay suficiente producción de insulina, el problema esta en que la insulina no es capaz de transformar la glucosa y por lo tanto esta se acumula en la sangre. Se presenta en el adulto y puede pasar desapercibida durante muchos años.

Diabetes Gestacional: se presenta durante el embarazo en mujeres que no tenían antecedentes diabéticos. Al terminar el embarazo la gran mayoría vuelve a la normalidad, aunque en algunos casos puede desarrollarse posterior al embarazo algún tipo de diabetes.

Se debe sospechar de este tipo de diabetes en mujeres que presente síntomas de cualquiera de los otros dos tipos de diabetes o en mujeres que tengan antecedentes familiares diabéticos. (Aumento exagerado de peso durante el embarazo, embarazos con fetos muy grandes o cuando el feto actual está creciendo demasiado).

Signos y síntomas de la diabetes: las manifestaciones de una enfermedad son todos sus signos y síntomas, como malestares, molestias o situaciones extrañas que conducen a una persona a consultar con un médico. Sus manifestaciones más comunes son poliuria (Orina en exceso): La persona que tiene la glicemia elevada orina muchas veces (mas que una persona normal) en el transcurso del día, ya que la glucosa para directamente a los riñones en donde atrae agua aumentando la producción de orina. Polidipsia (Sed en exceso): Por dos motivos uno es que el diabético orina demasiado por lo que tiende a deshidratarse y como consecuencia se produce la sed. El otro motivo es que cuando la glicemia está muy alta la sangre se torna más espesa lo cual estimula el centro de la sed obligando al enfermo a beber agua. Pérdida de peso: Es muy frecuente en diabéticos sin un adecuado control; en diabéticos tipo 1 ya que la insulina además de hacer que la glucosa entre a la célula, también tiene como función importante acumular grasa en el cuerpo, por lo tanto cuando falta insulina la persona pierde peso; por el contrario en la diabetes tipo 2 como si hay una producción normal de insulina o en exceso en ocasiones las personas tienden a ser gordas sin embargo cuando la insulina se agota comienzan a perder peso. Pérdida de agudeza visual: Se presenta a medida que la enfermedad avanza, en ocasiones esta puede ser señal para que el medico sospeche de una posible diabetes. La perdida de agudeza visual se debe

a dos causas; primero por daños en la parte interna de la retina en donde se forman las imágenes (Retinopatía) y en segundo lugar porque el cristalino que es una especie de lente transparente y gelatinas que se encuentra en la parte anterior del ojo, se deshidrata cuando la glicemia está muy alta y el cristalino deshidratado no permite enfocar bien las imágenes sean letras u objetos. Además el diabético es propenso a la formación de cataratas. Infecciones frecuentes: En el diabético ninguna infección por pequeña que sea se debe descuidar ya que puede complicarse con consecuencias fatales: Polifagia (Comer en exceso): las células no producen suficiente energía por falta de glucosa en su interior entonces la persona se siente débil por lo cual el organismo crea la sensación de hambre al suponer que esa debilidad es por falta de alimentos. Retardo en la cicatrización de las heridas: se presenta en personas de edad avanzada o con varios años con la enfermedad. La principal causa es la disminución de la circulación de la sangre en estos sitios y con esta la disminución del aporte de oxígeno.

Tratamiento de la diabetes: la diabetes aunque es una enfermedad que no tiene cura se puede controlar siguiendo las indicaciones medicas y lo mas importante es tener en cuenta que estas se deben seguir durante toda la vida. En el tratamiento de la diabetes es fundamental el conocimiento que el paciente tenga frente a su enfermedad, este le permitirá tener una visión más clara y real frente a la enfermedad y saber los beneficios y consecuencias que se pueden generar de no seguir el tratamiento rigurosamente. Además del conocimiento, existen tres aspectos que deben ser tenidos en cuenta para todas las personas diagnosticadas con diabetes, estos son el plan de alimentación, el ejercicio físico y

los medicamentos, los cuales por supuesto varían de acuerdo a cada sujeto y tipo de diabetes.

Plan de alimentación: Implica la selección de los alimentos adecuados, el consumo de la cantidad correcta y la programación apropiada de las horas de comida. El plan de alimentación permite una adecuada regulación de la cantidad y calidad de hidratos de carbono consumidos, ya que pueden hacer innecesario el tratamiento con medicamentos. Por otro lado, durante el tratamiento con insulina resulta muy difícil mantener dentro de límites razonables la concentración de glucosa en la sangre sin tener en cuenta la calidad y cantidad de alimentos que ingiere la persona. Además, las complicaciones más frecuentes de la diabetes (por ejemplo, las lesiones vasculares degenerativas) exigen también una estricta vigilancia de dicho plan de alimentación.

Actividad y ejercicio físico: En el diabético, el ejercicio es un factor útil de reducción de glucosa sanguínea, ya que con el ejercicio se aumenta el gasto de glucosa evitando niveles elevados de la misma en la sangre. También contribuye a mejorar el funcionamiento del corazón, disminuir el colesterol y evitar el estrés.

Tratamiento farmacológico: Depende del tipo de diabetes, el tiempo de desarrollo de la enfermedad y el estado de la misma. El tratamiento puede ser mediante inyecciones o por vía oral. En la diabetes tipo 1, además de la dieta estricta y el ejercicio es indispensable la administración de insulina por medio de inyecciones.

Para las personas que padecen diabetes tipo 2, es probable que no se requiera la administración de insulina, ya que suelen tener una capacidad latente de secreción de la misma, los medicamentos indicados actúan sobre la síntesis y la liberación de ésta y mejoran la absorción de la glucosa. Además los pacientes pueden controlar su nivel de glucosa siguiendo un plan de alimentación saludable y un programa de ejercicios, bajando de peso y tomando medicación oral.

En cuanto a la diabetes gestacional, su tratamiento incluye un plan especial de alimentación y un programa de actividad física. También puede incluir pruebas diarias de la glucosa e inyecciones de insulina. Por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero estas mujeres deben continuar un tratamiento después del parto ya que son propensas a desarrollar otro tipo de diabetes.

Cuidados en la diabetes: los cuidados que debe tener un paciente diabético, están mediados principalmente por el conocimiento que el paciente tenga de su enfermedad, entre mas sepa de ella, mas situaciones que pongan en peligro su bienestar podrán ser evitadas. El paciente diabético debe tener cuidados en su alimentación como ya se ha explicado y sobre todo en su cuidado físico, esto es debe estar muy atento a cualquier cambio que se presente y consultarlo inmediatamente con su medico. Estos cuidados son por ejemplo no usar zapatos apretados, revisar constantemente sus pies en caso de que aparezca alguna herida que no sea detectada mediante el dolor ya que el diabético tiende a perder sensibilidad en sus pies, etc.

Complicaciones en la diabetes: las complicaciones se clasifican en “agudas” y “crónicas” teniendo en cuenta el tiempo de evolución, más no la gravedad de las mismas. Estas sólo se pueden controlar o evitar a partir de los cuidados que la persona tenga para mantener dentro de los límites normales los niveles de glicemia, como una dieta estricta, ejercicio adecuado y las indicaciones médicas.

Complicaciones Agudas: se presentan en corto tiempo o de forma abrupta. Si no se detectan y se tratan a tiempo pueden acabar con la vida de la persona, entre estas se encuentran: (1) Estado Hiperosmolar: Se presenta con más frecuencia en la diabetes tipo 2 y se refiere a una situación en la que hay demasiada fuerza osmótica en la sangre. O sea que el agua que está dentro de la célula es atraída hacia la sangre por la fuerza osmótica; como consecuencia la célula se deshidrata y todo el cuerpo entra en estado severo de deshidratación, ya que toda el agua que está perdiendo la célula se elimina por la orina a través de un mecanismo similar de fuerza osmótica a nivel de los riñones entre la orina y la sangre. Todo esto puede llevar a un coma o a la muerte; (2) Estado Cetoacidótico: Se presenta principalmente en diabetes tipo 1, por la falta total de insulina. Cuando no hay insulina, la glucosa no puede ingresar a la célula para transformarse en energía, por lo que las células producen energía a partir de otras sustancias como los ácidos grasos, pero cuando estos se consumen sus desechos son tóxicos para el organismo. Estos desechos son: el ácido acetoacético y el ácido beta hidroxibutírico los cuales se acumulan en la sangre tornándola ácida, produciéndose el estado Cetoacidótico. Este se manifiesta con dificultad respiratoria, aliento con olor a manzana, pérdida del conocimiento y coma, hasta

la muerte; (3) Hipoglicemia: Significa glicemia muy baja, se presenta cuando la glucosa de la sangre está por debajo de 70%. A medida que ésta baja se presentan síntomas como: palpitaciones, temblor, sudoración, sensación de debilidad, en ocasiones hambre, mareos y la persona se puede tornar pálida y fría, si la glicemia llega a estar por debajo de 30% se presentan síntomas mas graves como: lenguaje incoherente, mucho sueño, confusión, visión doble, convulsiones, pérdida del conocimiento, coma y por último la muerte.

Complicaciones Crónicas: se presentan a lo largo de los años, dañando el organismo de manera silenciosa aunque la persona se sienta bien. Una vez que aparece una complicación crónica esta nunca se curará por completo. Entre estas se encuentran: (1) Retinopatía diabética: Significa daño en la retina. En las personas con diabetes, las pequeñas arterias de la retina (estructura donde se forman las imágenes) se tapan con facilidad haciendo que algunas partes dejen de funcionar ocasionando una pérdida progresiva en la visión. (2) Nefropatía: Significa daño en los riñones. Los riñones son filtros cuya función principal es eliminar las sustancias tóxicas del organismo (urea y creatinina) y retener las necesarios (proteínas). En el diabético es en estas dos funciones principalmente donde se muestra el deterioro del riñón. En el diabético el riñón deja escapar por la orina pequeñas cantidades de proteínas principalmente albúmina (proteína más abundante en la sangre), hasta llegar a perder grandes cantidades de proteínas, manifestándose con edema (hinchazón) en todo el cuerpo. Cuando la cantidad de proteínas que la persona orina durante un día es mayor de tres gramos, se le llama síndrome nefrótico, que a su vez viene siendo una forma grave de la nefropatía diabética. El riñón

del diabético también presenta complicaciones en la eliminación por la orina de toda la creatina y la úrea que el organismo produce, lo cual ocasiona que estas se vayan acumulando en la sangre hasta llegar a niveles tóxicos, a esto se le denomina Insuficiencia Renal. Cuando esto sucede el individuo para limpiar su sangre debe recurrir a la Diálisis o a la posibilidad de un trasplante renal para poder seguir viviendo; (3) Neuropatía: Daño en los nervios. En el diabético se acumulan dentro de los nervios una sustancia llamada sorbitol que hace que la sensación no se transmita de manera adecuada, por lo cual el diabético no siente con la misma intensidad que una persona normal. La neuropatía también produce alteraciones de la percepción llamadas Parestesias ó Disestesias, que consisten en una sensación de hormigueo o de ardor con fogaje en las extremidades o en cualquier parte del cuerpo. En el diabético, no sólo los nervios que conducen sensibilidad se ven afectados, también los que van hacia los músculos, el corazón, los intestinos, en fin todos los nervios del cuerpo, manifestándose la neuropatía con palpitaciones o alteraciones del ritmo del corazón, con dolores musculares, con diarreas o cólicos sin aparente explicación, con descensos bruscos de la presión arterial, impotencia sexual o sudoración excesiva; (4) Gastroenteropatía: Daño en el sistema digestivo. Se manifiesta por la presencia de diarreas prolongadas o estreñimiento severo, sensación de llenura excesiva después de consumir cualquier cantidad de alimentos, debido a que el estómago se vacía demasiado lento; (5) Complicaciones Vasculares: Se dan en todas las arterias del cuerpo con más rapidez que en una persona sana, debido a la obstrucción por acumulación excesiva de grasas y otros materiales orgánicos. Si la obstrucción sucede en una de las arterias que nutren al corazón, se presenta un infarto; si se presenta en una arteria del

cerebro ocurre una trombosis cerebral; si ocurre en una pierna o un dedo del pie, esta parte del cuerpo se muere y hay que amputarla en muchos casos. Los síntomas de aviso más frecuentes son frialdad de la extremidad, disminución de los pulsos en pies o manos, dolor que aumenta cuando más se usa la extremidad por ejemplo al caminar y que desaparece cuando está en reposo y el cambio de color de la extremidad es un signo tardío y grave de esta complicación para evitar consecuencias como la amputación; (6) Complicaciones inmunológicas: En el diabético la capacidad de defenderse contra las infecciones está disminuida, esto hace que cualquier herida se infecte con facilidad.

Nutrición: el principal secreto para controlar la diabetes es alimentarse bien. Sin embargo alimentarse bien no significa comer en grandes cantidades, ni alimentos que hacen aumentar de peso, pero tampoco significa pasar hambre. Alimentarse bien significa comer lo necesario para el organismo. Los alimentos estos están formados por agua, carbohidratos, proteínas, minerales, vitaminas, grasas y fibra en diferentes proporciones. Sin embargo con el grupo que mas cuidado debe tener el diabético CARBOHIDRATOS. Los carbohidratos son la principal fuente de energía ya que una vez dentro del organismo una gran parte se convierte en glucosa; son en esencia azúcares aunque no todos tengan sabor dulce. El diabético debe recordar que SÓLO debe comer la cantidad de carbohidratos cuya energía se a gastar. El exceso queda acumulada en la sangre en forma de glicemia alta.

El paciente diabético debe tener en cuenta: comer solo lo necesario, no consumir alimentos chatarra (gaseosas, bebidas artificiales con sabores, paquetes, dulces), no

consumir panela, azúcar, dulces, galguerías, mermeladas y miel de abejas entre otras, al tener sed beber agua, no abusar de los alimentos integrales pues estos no son dietéticos, incrementar el consumo de hojas verdes como lechuga, espinaca, col, repollo, perejil, pepino, apio, coliflor, brócoli, pimentón, acelgas. Estos son alimentos que deben consumirse diariamente, comer despacio y masticar muy bien la comida, hacer cinco comidas al día (Desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y comida) y no pasar espacios de tiempo muy largos sin comer.

Actividad física: la segunda arma en la lucha contra la diabetes es el ejercicio. Este no solo ayuda a bajar los niveles de azúcar en la sangre, sino que contribuye al funcionamiento del corazón, baja el colesterol y evita el estrés. El ejercicio es una forma de acelerarle al cuerpo la velocidad para que “queme” mas glucosa (azúcar), a mas ejercicio mas glucosa se gastará y así sus niveles serán mas bajos en el organismo. La cantidad de ejercicio adecuada para cada persona, debe lograrse mediante el acompañamiento medico y glucometrías antes y después del ejercicio hasta conseguir el equilibrio deseado. Ej.: si la persona va a realizar ejercicio a las 6:00 a.m. y se hace una glucometría antes, cuyo resultado es de 100mg % o menos, eso significa que el ejercicio no puede ser muy intenso porque su glicemia esta normal. Si se excede en el ejercicio la glicemia puede bajar demasiado cayendo en hipoglicemia. En estos casos el ejercicio debe ser suave, estando atento a cualquier síntoma de hipoglicemia. Al terminar la jornada de ejercicios se debe hidratar y hacer una nueva glucometría para observar cuánto disminuyó e ir ajustando

progresivamente la cantidad de ejercicio. Si la glicemia se mide sin hidratarse el resultado será alto e incorrecto, se debe esperar al menos una hora después del ejercicio.

Beneficios del ejercicio: se activa la circulación haciendo que la sangre llegue a todo el organismo en mayor cantidad, aumenta la capacidad de los pulmones para captar oxígeno del aire, contribuye a detener el proceso de obstrucción interna de las arterias llamado ATEROMATOSIS, evitando infartos y ataques cerebrales, disminuye la resistencia a la insulina ya que en la diabetes tipo 2 (poca o nula) consigue que muchas células vuelvan a ser sensibles a la insulina, el ejercicio apropiado es el que se realiza de manera constante, permanente y sin interrupciones. (No vacaciones, moda o fines de semana). En la diabetes los objetivos del ejercicio son: bajar las cifras de glicemia, mejorar la condición física y porque no la apariencia personal y evitar las complicaciones de la diabetes.

Control Médico: Un adecuado control médico es la tercera y última estrategia contra la diabetes.

Fase práctica: para esta fase se diseñó el juego DIABETON por medio del cual en un ambiente lúdico y práctico se mide el nivel de conocimiento adquirido por parte de los pacientes en el área de educación en diabetes a través de preguntas alusivas a la enfermedad.

Como jugar diabetón: El número de jugadores es variable, pueden ser dos, tres o cuatro jugadores. El tablero consiste en una serie de casillas por las que el jugador se mueve en busca de llegar a la meta. El juego siempre estará guiado por un moderador, que

será la persona encargada de retroalimentar la información dada por los jugadores con respecto a las preguntas del juego. El juego consiste en llegar a la meta lo más pronto posible, avanzando en el tablero el número de posiciones que el dado permita una vez se haya contestado correctamente el cuestionamiento planteado por la tarjeta de pregunta.

Desarrollo del juego: Cada jugador comienza el juego en la casilla de salida. El turno de partida se definirá lanzando el dado, dando el primer turno al número más alto y así sucesivamente. De acuerdo al turno establecido, el jugador deberá tomar una tarjeta de pregunta la cual será leída en voz alta y tendrá que ser respondida por este, si el jugador no sabe la respuesta, perderá la opción de avanzar en el tablero y se dará el turno al siguiente jugador. El jugador que de la respuesta correcta tendrá la oportunidad de lanzar el dado y avanzar en el tablero el número de casillas que indique el dado. La respuesta emitida por los jugadores deberá ser aprobada por el moderador del juego. En caso de que ninguno de los jugadores responda correctamente el moderador del juego deberá dar a conocer la respuesta correcta y el turno continuara a quien corresponda según el orden previamente establecido

Final de partida: el juego finalizará cuando el último jugador llegue a la meta.

Fase de evaluación: se realiza mediante la aplicación del cuestionario sobre diabetes y su tratamiento.

ÁREA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONDUCTAS DE ENFERMEDAD

Semana 2: negación de problemas (estrategia de afrontamiento) enfocado a la solución de problemas (estrategia de afrontamiento) y conductas de la enfermedad.

Fase de sensibilización: las enfermedades crónicas, como la diabetes, generan sentimientos de rabia, preocupación y angustia debido al cambio que se presenta a partir de las demandas de la enfermedad. Además, aparece la necesidad de lidiar con la idea de que la diabetes es una enfermedad para toda la vida pues no tiene cura. Por todo lo anterior resulta fundamental un adecuado manejo en la solución de las dificultades y/o problemas que se presentan durante el transcurso de la enfermedad, siendo necesario hacer hincapié en aspectos como la identificación de situaciones problema, la minimización del impacto negativo que genera la situación problema y la búsqueda de ayuda necesaria para lograr resolver las dificultades.

Fase teórica: negación de problemas (Enfocado a la Solución de Problemas)

Actitud de negación: se puede presentar como respuesta a las demandas que trae consigo la enfermedad, esto es comportarse como si nada sucediera, tratar de no pensar en el problema como una forma de tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

La solución de problemas es un proceso mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para los problemas específicos encontrados en la vida cotidiana. Se trata de una actividad intencional, consciente, racional y repleta de esfuerzos y propósitos. Un modo de ver y actuar la vida como este hace que las personas vivan más productiva e inteligentemente y sean menos esclavas de las situaciones.

Un problema (o una situación problemática) es definido como cualquier situación o tarea (actual o anticipada) que demanda una respuesta para poder funcionar adaptativamente, sin embargo esta respuesta se puede ver afectada por la presencia de algún obstáculo o inconveniente. Estos obstáculos pueden ser ajenos a la persona (una suegra insoportable, un jefe incapaz...), propios de la persona por insuficiencia o inadecuación de recursos o competencias (pocas habilidades sociales, limitada capacidad intelectual...), o inclusive mixtos: una persona puede tener recursos de sobra para hacer frente efectivamente a una determinada situación, pero las propias características de la situación, en determinado contexto temporo-espacial, hacen poco aconsejable poner en práctica esta respuesta eficaz.

La solución al problema, es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta cognitivo, conductual e incluso emocional en una situación específica y que es el producto o resultado del previo proceso de solución de problemas, sin embargo la efectividad de la solución del problema puede ser relativa.

Ante la solución de problemas, se plantean 4 pasos estos son: definir el problema: está dado por la descripción de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definición debe generar información que optimice la actuación en las siguientes etapas. Generar soluciones alternativas: implica una serie de reglas del torbellino de ideas: las críticas se eliminan, se favorece la expresión incontrolada de ideas, se alienta la cantidad y se persigue la combinación y la mejora.

Tomar una decisión: este paso consiste en analizar de forma objetiva y realista las consecuencias de cada solución generada, con el fin de lograr determinar la mejor estrategia para la situación que se está enfrentando. Es importante aclarar que la decisión final no tiene que reflejar simplemente el deseo del paciente de evitar la activación emocional o las situaciones relacionadas con la incertidumbre que genera el problema.

Llevarla a la práctica y evaluar la solución: este paso permite verificar hasta qué punto la solución escogida permitió dar respuesta al problema y obtener los resultados correctos. Por otro lado evaluar la solución, implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones. Si el resultado no es satisfactorio, el paciente deberá empezar de nuevo e intentar encontrar una solución mejor. Si el resultado es satisfactorio, finaliza el proceso de solución de problemas.

La solución eficaz requiere la interacción de todas las habilidades, cada una de las cuales aporta una determinada contribución a la solución del problema. Esta se da cuando se logran los propósitos propuestos en la solución del problema y pueden ser: cambiar la situación problemática o cambiar la percepción y las respuestas emocionales al problema, o ambas de modo que el hecho ya no sea percibido como un problema. De igual manera, una solución efectiva presupone la maximización de las consecuencias positivas y la minimización de las negativas. Sin embargo determinada solución pueden ser beneficiosas para la persona que la puso en práctica, pero tal vez muy desventajosas para otras personas a su alrededor, y ello genera una nueva cadena de problemas; pueden ser beneficiosas a corto plazo, en el aquí-ahora, pero ser nocivas a más largo plazo en el allá-mañana; pueden

ser beneficiosas en una esfera de la vida pero muy lesivas en otras esferas no en juego en el aquí-ahora, pero no menos importantes para el bienestar de la persona.

Fase práctica: se diseñó el juego LABERINTO por medio del cual se pretende facilitar un cambio frente al uso de la solución de problemas como estrategia de afrontamiento.

Desarrollo del juego: Laberinto consta de un tablero con 4 puntos de partida, este se construye con las figuras formando el laberinto (Eso lo realizará el moderador de la sesión). A cada participante se le reparten 6 cartas todas con figuras, a las que deben llegar una por una. El jugador debe mirar la primera carta para saber a dónde dirigirse y empezar a abrirse el camino. Hay una ficha del laberinto que siempre sobra, y es con la cual se puede mover el laberinto. Las únicas líneas que se pueden mover son las marcadas con las flechas. El jugador no puede desplazarse sin antes hacer el movimiento. Los jugadores no pueden devolver el movimiento del jugador anterior. El juego se termina cuando alguno de los jugadores ha destapado todas sus cartas y nuevamente llega hasta el punto de partida.

Fase de evaluación: se realiza una mesa redonda donde se hace una retroalimentación, respecto a que se sintió realizando la actividad y cómo se puede asemejar al diario vivir y a las situaciones estresantes o problema que se presentan. La retroalimentación estará guiada por preguntas como las que se presentan a continuación a cada uno de los participantes:

1. ¿Qué sintió mientras intentaba llegar a cada una de las figuras?
2. ¿Qué pensaba para lograr llegar a cada una de las fichas?

3. ¿Cómo puede relacionar el juego con su diario vivir y la enfermedad?
4. ¿Cómo interpreta los obstáculos del juego, en su vida?
5. ¿Qué enseñanza le deja el juego para su vida?

Semana 3: búsqueda de apoyo social

Fase de sensibilización: se busca dar a conocer a los pacientes los aportes positivos del apoyo social como estrategia que aumenta el nivel de tolerancia para enfrentar situaciones problema.

Fase teórica: Según Brannon y Feist (2001), existe un vínculo entre el apoyo social y la salud, teniendo en cuenta que las personas que reciben un elevado nivel de apoyo social tienden a ser más sanas que las que no las reciben. De igual forma, estudios realizados en California, Georgia y Michigan, muestran que las personas con elevado nivel de apoyo social presentan bajos niveles de mortalidad y un mejor estado de salud que aquellas que cuentan con un escaso apoyo social (Wills, 1998 citado por Brannon y Feist, 2001). De acuerdo a lo anterior, se observa la necesidad de trabajar el apoyo social en los pacientes diabéticos con el fin de facilitar el proceso de adaptación a este estilo de vida, promoviendo comportamientos saludables en el paciente, y brindándole soporte emocional para enfrentar su situación.

El apoyo social está relacionado con la ayuda, la información y la valoración que se recibe a través de la interacción que se tiene con otros individuos o grupos; pero también

está relacionado con la parte emocional, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido. El apoyo social puede ser definido, como “ayuda en el afrontamiento de los problemas”, es decir, como provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, equipo de salud, así como ayuda para satisfacción de las necesidades de socialización y actividades con otras personas.

En las enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social. Por lo tanto, se infiere que determinadas actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo crónico también son percibidas por éste como ineficaces o inadecuadas, ante lo cual responde de diversas maneras, tales como la evitación física, la negativa de conversar abiertamente sobre la enfermedad, el alejamiento de los contactos sociales e incluso muestras de rechazo total.

Las redes sociales tienen fundamentalmente tres funciones:

a) **Ayuda:** las acciones de los miembros de la red ayudan a la persona focal para que pueda cumplir sus metas personales o para que pueda hacer frente a las exigencias de una situación concreta. La ayuda puede ser tangible (por ejemplo, dinero) o intangible (cariño y soporte emocional).

- b) **Consejo:** los miembros de la red pueden proporcionar información o consejo sobre cómo conseguir las metas de la persona focal o como completar determinadas tareas.
- c) **Retroinformación:** los miembros de la red proporcionan evaluaciones respecto a cómo se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona. Proporcionan información evaluadora de lo que ha hecho.

Según Rodríguez Marín (1995, citado por Silva y Guzmán, 2006) los grupos (sobre todo el grupo familiar y el de los amigos) pueden influir sobre la naturaleza de la conducta de búsqueda de ayuda de las formas siguientes:

- 1) Amortiguando el efecto de los agentes estresantes.
- 2) Excluyendo la necesidad de asistencia profesional mediante la provisión de apoyo instrumental y afectivo.
- 3) Actuando como agentes de detección y referencia para los servicios profesionales.
- 4) Transmitiendo actitudes, valores y normas sobre la búsqueda de ayuda.

Crisis familiar y Diabetes

La intensidad de la crisis producida en el seno familiar por la aparición de la enfermedad, depende de la acción conjunta de varios factores, entre ellos el tipo de

enfermedad, su evolución, tratamiento, grado de incapacidad y de la propia dinámica familiar, pero en la mayoría de los casos se observan tres fases: a) fase de desorganización, b) fase de recuperación y, c) fase de reorganización (Según Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994); a continuación se describen éstas:

a) **Fase de desorganización:** comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad, en ocasiones incluso antes, cuando se están realizando las pruebas previas. En estos momentos es cuando se suelen buscar soluciones defensivas ante el problema. Si existen conflictos en la familia, lo más probable es que éstos se agudicen. A veces está basada en la negación

La actitud del equipo asistencial consiste en intervenir dando información concreta y solo lo que la familia pide escuchar. Además, debe indagar cómo esta situación les ha afectado, actuando como marco de referencia y contención. Ha de estar atento a no realizar intromisiones terapéuticas que puedan provocar el rechazo de las prescripciones y orientaciones que se ofrecen.

b) **Fase de recuperación:** aparecen diversos indicadores de que la familia está comenzando su recuperación y emprende su reorganización. Puede ser la participación activa de un miembro hasta ahora más periférico, o se busca la comunicación con otras personas que han pasado por la misma circunstancia, o se consulta el problema de otro miembro, lo que nos indica que comienza una descentralización del problema. Se debe

estar atento a estos momentos, ya que en ellos se produce una mejor asimilación y aprendizaje del manejo de la enfermedad.

d) **Fase de reorganización:** la familia consolida su estructura anterior o bien adquiere una nueva forma de organización o funcionamiento familiar. En el caso de las enfermedades crónicas -como lo es la diabetes-, una buena solución es la consolidación de una nueva redistribución de roles que permita el crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Los riesgos que se corren en estos momentos, y a los que debe estar atento el grupo de profesionales a cargo de la atención a la salud para intervenir y evitar así las respuestas disfuncionales, son las siguientes:

- 1) La persona que padece diabetes se convierta en el centro de la familia, impidiendo el crecimiento y desarrollo del resto de los miembros del grupo familiar.
- 2) La familia se organiza alrededor del vínculo establecido entre uno de los miembros y el enfermo, evitando de esta forma que éste se haga cargo y participe de manera activa en la medida de sus posibilidades, de sus propios cuidados de salud.
- 3) La aparición de efectos colaterales en otras áreas del sistema familiar den como resultado la aparición de dificultades o el surgimiento de problemas de salud en otros miembros de la familia.
- 4) La aparición de alguna o varias de estas condiciones pone de manifiesto que se ha realizado una reorganización precoz que no es adaptativa.

Por lo tanto, se ha determinado que la relación del buen funcionamiento de las familias es indicio de un buen control de la glucemia, aunque aún no se ha medido la salud como capacidad familiar. En numerosos países se utiliza el apoyo familiar –los propios miembros de la familia son los responsables del cuidado de la salud y la atención de sus integrantes- para reducir el costo del cuidado médico, la hospitalización y, sobre todo, para realizar acciones tendientes a retardar las complicaciones (Buendía, 1999).

Fase práctica: se le solicitará a cada paciente que cierre los ojos e imagine que se encuentra a muchos kilómetros de distancia de cualquier población y civilización, no hay ninguna persona cerca, no tiene ningún medio de comunicación; se encuentra completamente solo.

Se le hacen las siguientes preguntas:

- ¿Qué está haciendo en este momento?
- ¿Qué piensa hacer?
- ¿Cómo se siente?

Ahora han pasado más de 2 horas, le empieza a dar hambre y sed, siente dolor en sus pies de tanto caminar y ya empieza a sentirse débil.

- ¿Cómo se siente?
- ¿Qué está pensando en esos momentos?, ¿piensa en alguien?, ¿en quién?, ¿qué siente por ellos?

Se hace cierre de esa situación, pidiéndole que se imagine un día cualquiera en su casa, y se le hacen las siguientes preguntas:

- Cuénteme si le gusta en especial algún momento del día, ¿por qué?, ¿quiénes están con usted en ese momento?

Ahora imagínese en su casa en ese momento que tanto le gusta, con las personas que participan del mismo.

- ¿Qué está haciendo en este momento?
- ¿Qué piensa hacer?
- ¿Cómo se siente?
- ¿Qué siente por las personas que están acompañándolo?
- ¿Se siente apoyado por ellos?, ¿por qué?

Se le solicita al paciente que suspenda lo que se está imaginando y que abra los ojos para continuar con la retroalimentación de la actividad, se permite que el paciente descanse unos minutos y seguido de esto se le pide que exprese cómo se sintió en cada una de las situaciones, ¿cuál fue la diferencia entre ellas?, ¿cómo hubiera cambiado la primera situación, si hubieran estado las personas que lo acompañaron en la segunda?, ¿qué hubieran hecho ellas para ayudarlo?

Después de esto se orientarán las conclusiones para analizar la importancia de utilizar el apoyo social, cómo una forma de facilitar la solución de los problemas y tolerar las situaciones difíciles.

Semana 4: Expresión de la dificultad de afrontamiento

Fase de sensibilización: En la diabetes, los pacientes se enfrentan a un cambio radical en sus hábitos de vida, lo cual genera un sin número de sentimientos, pensamientos, dudas, que conllevan a un sentimiento de desesperanza y estrés frente a todas esas emociones generadas por la situación al cual se verán enfrentados el resto de sus días, por tal motivo, es importante que el paciente poco a poco vaya desarrollando habilidades que le permitan enfrentar esa serie de emociones para así ir disminuyendo la tensión generada por la desesperanza y el estrés; dentro de estas habilidades se encuentra la comunicación. La comunicación como la forma de expresar y dar a conocer las ideas, pensamientos y sentimientos. La comunicación como un instrumento para adquirir información.

Fase teórica: el afrontamiento es un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales evalúa como estresantes y las emociones que ello genera (Reynoso y Seligson, 2005). De igual forma Belloch, Sandin y Ramos (1997) explican que el afrontamiento actualmente se refiere a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado

emocional desagradable vinculado al mismo. El afrontamiento presenta las siguientes características: 1) se refiere a observaciones y valoraciones de lo que el individuo realmente piensa o hace, 2) es lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico, 3)

Fase práctica: Se indica lo siguiente al paciente: Vamos a observar varias caras de personas y usted va a contestar algunas preguntas. Seguido de esto, se muestran una a una las imágenes al paciente, y se hacen las siguientes preguntas:

- ¿Qué cree que están haciendo esas personas?
- ¿Qué cree que están pensando esas personas?
- ¿Qué están sintiendo?
- ¿Qué les pasó momentos antes de la foto?
- ¿Qué cree que les pasará momentos después?
- ¿Usted qué les diría?
- ¿Cómo los ayudaría?

El responsable del taller debe tomar nota de cada una de las historias que comenta el paciente. Si se trabaja con más de una persona simultáneamente, la actividad se realiza de forma grupal, es decir que se cuentan las historias al grupo y cada participante interpreta una imagen como mínimo.

Cuando el paciente haya analizado todas las imágenes, se cuenta la historia real de cada una de estas personas. Al hacer la retroalimentación de la actividad, se comparan las dos historias (la del paciente y la real), orientando las conclusiones a la importancia de complementar la expresión gestual de sentimientos, con el lenguaje verbal para evitar malos entendidos.

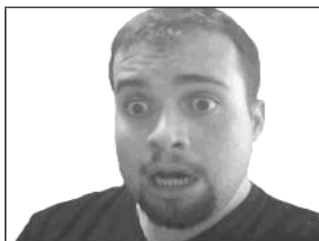
Material: Papel, lápiz, imágenes de personas expresando gestualmente diferentes sentimientos.

Imagen 1:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está viendo a un político hablar por televisión.
- ¿Qué está pensando esa persona? Está pensando que no le cree nada de los que un político está hablando por televisión
- ¿Qué está sintiendo? Rechazo ante el político
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Esperaba una solución por parte del político al problema de pobreza del país
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Apagará el televisor y se irá a dormir con sentimientos de desesperanza frente al futuro colombiano.

Imagen 2:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está participando en un concurso de baile y está viendo que otra persona está haciendo un paso muy difícil y se ve muy bien.
- ¿Qué está pensando esa persona? Está pensando que ese paso de baile es espectacular, y está descifrando como podría hacerlo él también.
- ¿Qué está sintiendo? Admiración por ese otro concursante
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Esperaba que el otro participante no fuera mejor que él.
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Aplaudirá y reconocerá que el otro concursante es excelente bailarín.

Imagen 3:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está participando en un concurso de levantamiento de pesas
- ¿Qué está pensando esa persona? Está pensando que puede lograr alzar 150 kilos.
- ¿Qué está sintiendo? Entusiasmo por lograr su meta
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Ha superado todas las pruebas anteriores. .
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Ganará y se sentirá orgulloso de si mismo.

Imagen 4:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está viendo el final de un partido de fútbol y está viendo el último minuto del partido.
- ¿Qué está pensando esa persona? Que todavía se puede ganar ese partido
- ¿Qué está sintiendo? Angustia por ganar
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Estaba viendo el partido y van 2-1, perdiendo el equipo de él.
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Ganará y se sentirá orgulloso de su equipo.

Imagen 5:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está viendo un vestido muy bonito que le gustaría ponerse para una fiesta que tiene mañana.
- ¿Qué está pensando esa persona? Que si habrá de la talla que necesita
- ¿Qué está sintiendo? Anhelo por comprar el vestido
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? No había encontrado nada cómo vestirse para ir a la fiesta
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Entra al almacén y compra el vestido, porque sólo había la talla que necesitaba.

Imagen 6:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está gritando GOOL al ver el final de un partido de fútbol
- ¿Qué está pensando esa persona? Que fue un golazo
- ¿Qué está sintiendo? Alegría
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Estaba viendo el partido y van 2-1, perdiendo el equipo de ella
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? El otro equipo empató y el equipo de ella pierde el partido.

Imagen 7:



- ¿Qué está haciendo esa persona? Está cortando cebolla, porque está haciendo una ensalada
- ¿Qué está pensando esa persona? Que ya van a llegar los invitados
- ¿Qué está sintiendo? Emoción de ver a sus seres queridos.
- ¿Qué le pasó momentos antes de la foto? Estaba terminando de arreglar la casa para los invitados
- ¿Qué cree que le pasará momentos después? Terminará la ensalada y llegan a tiempo los invitados.

Resultados: Se espera que el paciente reconozca la importancia de la expresión verbal de sentimientos como una herramienta para comunicarlos asertivamente, aportando de esta manera al fortalecimiento de sus relaciones interpersonales.

Semana 5: Habilidades sociales

Fase de sensibilización: se busca entrenar a los pacientes en habilidades de comunicación asertiva, mediante el reconocimiento de los tres tipos de comunicación (no asertivo, agresivo, asertivo).

Fase teórica: “Una conducta socialmente apropiada es aquella que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un individuo, de modo adecuado a la situación y con respecto a esas mismas conductas en los demás. Las habilidades sociales son esenciales para lograr objetivos afectivos como conseguir relaciones satisfactorias y establecer vínculos de amistad; y objetivos instrumentales, como realizar con éxito actividades en la comunidad entre ellas comprar, vender, utilizar instituciones sociales y prestaciones, entrevistas de trabajo, trabajar, estudiar y hacer exámenes” (Oblitas, 2004 p 205) .

Fase práctica: Se indica al familiar que recree junto con el paciente la siguiente situación:

Es la hora de la comida y el paciente quiere comer algo que no debe. El ser querido le dice que no lo haga.

Lo debe hacer de tres maneras:

Voz baja, tartamudeando, hablando a muy baja velocidad con palabras confusas, sin mirarlo a la cara, en un posición más baja que el paciente.	Gritando, con malas palabras, hablando muy rápido, mirando al paciente con actitud retadora, parado frente al paciente.	Con un volumen normal de voz, con palabras claras, a una velocidad media, mirando a la persona pero de manera respetuosa, sentado a la misma altura del paciente.
---	---	---

Seguido de esto el paciente repite el ejercicio con el familiar, pero ahora el primero es el interlocutor y el segundo simplemente escucha. Se hace una puesta en común con base en las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se sintió peor?, ¿por qué?
- ¿Cuándo se sintió mejor?, ¿por qué?
- ¿Qué diferencias había entre los tres tipos de conversación en cuanto a la voz, las palabras que se utilizaron, la fluidez de las palabras, contacto visual, posición entre los interlocutores?
- ¿Cuál cree que es el más adecuado para comunicarse con los demás?
- ¿En cuál situación haría más caso?, ¿por qué?
- ¿Cómo cree que el tipo de comunicación, influye en las relaciones con los demás?

Materiales: Salón con sillas

Resultados: Se espera que el paciente se dé cuenta de las diferencias entre los tipos de comunicación, reconociendo que el estilo asertivo es un elemento fundamental en las relaciones interpersonales.

ANEXOS 3

PLEGABLES



PENSANDO EN MI BIENESTAR

Hacer cambios en la forma como nos alimentamos o el número de veces que comemos puede ser difícil. Sin embargo, de nosotros depende colaborar con nuestro equipo médico y decir lo que funciona para nosotros. Seguir un plan de alimentación es el mejor camino para mantener nuestros niveles de azúcar en la sangre a un nivel adecuado.

Es importante que decidamos que cambios queremos lograr y trabajemos en **uno a la vez**. El primer paso es hablar con la nutricionista acerca de mi horario, la actividad física que realizo y los sitios a donde voy a comer cuando estoy fuera de casa, entre los dos podremos hacer un plan alimenticio que se ajuste a mi estilo de vida sin excluir necesariamente todos los alimentos que me gustan a mi y a mi familia.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LO QUE COMEMOS?

Lo que comemos, una vez en el organismo se transforma en azúcar por lo que es muy importante elegir los alimentos correctos que me ayudaran a controlar el nivel de azúcar en la sangre.

¿DEBEMOS SEGUIR UNA DIETA ESPECIAL?

No. No hay una "dieta para diabéticos". Es necesario que trabajemos de la mano con un nutricionista para diseñar nuestro propio plan alimenticio, para determinar que alimentos podemos elegir para nuestras comidas y refrigerios, y en qué cantidad podemos comerlos. Esto depende del tipo de diabetes que tenga y las actividades que realizo.



¿PUEDEMOS COMER CARBOHIDRATOS?

Si podemos comerlos pero de forma controlada. Los carbohidratos son la fuente principal de calorías, incluyen panes, granos, y vegetales que contienen fécula; las frutas; los productos lácteos; y los dulces. Cuando estas comidas se digieren por el cuerpo, se convierten en azúcar, que se almacena y luego se usa para energía. **Cuando tenemos diabetes**, no se puede transportar el azúcar de la sangre a la célula para usarse como energía dando como resultado un aumento preocupante en los niveles de azúcar. Por el contrario si controlamos el consumo de carbohidratos los niveles de azúcar en la sangre bajarán demasiado.

**RECORDEMOS QUE NUESTRA
SALUD DEPENDE EN GRAN PARTE
DE LO QUE COMAMOS...**

**Programa de Psicología
Fundación Santandereana de diabetes y
obesidad.**

Ana Maria Angulo G-H
Paula Andrea Ortiz A.

RECOMENDACIONES

- Evite el consumo de carnes rojas (res, cerdo, cabro), vísceras (callo, molleja, etc), mariscos.
- No realice otras actividades mientras come (ver televisión, leer.)
- Utilice platos pequeños.
- Evite el consumo de fritos y salsas.
- Establezca un horario para las comidas y trate de cumplirlo.
- Evite pasar largos periodos de tiempo entre una comida y la otra.
- No consuma dulces, postres y derivados de pastelerías.

FUSANDE

FUNDACIÓN SANTANDERANA DE
DIABETES Y OBESIDAD

***Nutrición y Diabetes. Dos
grandes aliados!!!***



Plegable 1



Ejercicio fuera de casa:

- Es importante llevar un dato que lo identifique como diabético.
- Mirar el nivel de azúcar antes y después del ejercicio.
- Llevar algo para comer en caso de una baja de azúcar.
- Usar unos zapatos cómodos y adecuados para el ejercicio.
- Iniciar la rutina calentando poco a poco y estirando los músculos. Finalizar el ejercicio disminuyendo poco a poco la actividad y estirando nuevamente los músculos.
- Tomar mucha agua antes, durante y después del ejercicio.
- Una vez en casa antes, durante o después del baño revisar muy bien los pies en caso de alguna ampolla, o herida.

Ejercicio en casa:

- Mirar el nivel de azúcar antes y después del ejercicio.
- Tomar mucha agua antes, durante y después del ejercicio.
- Dependiendo del tipo de ejercicio que se realice hacer calentamiento y estiramientos antes y después del ejercicio.
- Revisar los pies antes durante o después del baño en caso de alguna ampolla o herida.

A TRAVES DEL EJERCICIO LE AYUDO A MI CUERPO A DISMINUIR LOS NIVELES DE AZUCAR EN LA SANGRE.

Fundación Santandereana de diabetes y obesidad.

Programa de Psicología

Ana Maria Angulo G-H
Paula Andrea Ortiz A.

FUSANDE

FUNDACIÓN SANTANDERANA DE
DIABETES Y OBESIDAD



EL EJERCICIO!!! UN ARMA CONTRA LA DIABETES

Plegable 2

PENSANDO EN MI BIENESTAR

El ejercicio me ayuda de muchas maneras:

Me ayuda a alcanzar mi nivel de azúcar deseado al usar el exceso de azúcar en la sangre.

Me ayuda a manejar la tensión o estrés.

Hace que mi corazón y mis huesos se pongan fuertes.

Ayuda a la circulación de la sangre y a tonificar los músculos.



Por lo general cuando pensamos en hacer ejercicio aparecen excusas como el lugar, el tiempo y el costo. Ahora esas excusas ya no podrán existir:

- No es necesario salir para hacer ejercicio, puedo caminar en casa 10 minutos después de cada comida.
- No es necesario pasar largas horas haciendo ejercicio, sólo 30 minutos al día son suficientes y los puedo dividir en 2 o 3 partes, así los periodos de ejercicio serán de diez minutos cada uno.
- Tampoco es necesario pagar un costoso gimnasio, puedo caminar, bailar o hasta limpiar la casa.

¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA PARA HACER EJERCICIO?

Lo Primero que debo hacer antes de iniciar cualquier rutina de ejercicios es hablar con mi equipo médico.



Es necesario averiguar:

Qué tipo de ejercicios (caminar, bailar, ejercicios de estiramiento suaves o otros) son seguros para mi, dependiendo de las complicaciones que pueda tener relacionadas con la diabetes u otra enfermedad.

Qué debo hacer en caso de una hiperglicemia o hipoglicemia ya que durante el ejercicio cualquiera de los dos casos se podría presentar.

Durante cuánto tiempo máximo puedo realizar ejercicios para no excederme.

Plegable 2



QUE COMER

- **DESAYUNO:** medio banano, una taza de avena y 120 ml (4 onzas) de leche semidescremada.
- **REFRIGERIO:** un yogur sin grasa y media taza de nueces mixta.
- **ALMUERZO:** una porción pequeña de papa cocida, pollo, ensalada y una manzana mediana.
- **REFRIGERIO:** un yogur sin grasa
- **COMIDA:** filete de pescado o pollo, una taza de brócoli o cualquier verdura al vapor y dos tercios de taza de arroz integral (preferiblemente)

**CUIDE LA COMIDA
PARA CONTROLAR SUS
NIVELES DE GLUCOSA
EN LA SANGRE Y
BAJAR DE PESO SI LO
REQUIERE**

Fundación Santandereana de diabetes
y obesidad.
Programa de Psicología

Ana Maria Angulo G-H
Paula Andrea Ortiz A.

FUSANDE

FUNDACIÓN SANTANDERANA DE
DIABETES Y OBESIDAD



NUTRICIÓN PARA LA DIABETES

Plegable 3



CUIDATE!!!

Si tienes diabetes, la meta es mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de lo normal y prevenir complicaciones. Por ello, la dieta es lo principal para tratar la enfermedad. Puede controlar los niveles de azúcar en la sangre, disminuir la presión arterial y evitar la hipoglucemia con solo vigilar lo que como y cuándo lo hace, y aprender a controlar su condición.

IMPORTANTE, A TENER EN CUENTA

-Tratar la diabetes con una combinación de cambios en la dieta, control de peso y ejercicio puede tener un efecto asombroso.

-Tener diabetes no significa seguir un régimen estricto, ni llevar una dieta sin carbohidratos y azúcares, sólo significa que debe comer de forma más saludable y balanceada.

-El sobrepeso contribuye a un mayor riesgo de desarrollar diabetes, si ya tienes diabetes, y tiene sobrepeso, baje unos kilos y mantenga un peso saludable.

-Con diabetes, hay mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

-Si tiene hipertensión arterial, debe reducir el consumo total de sodio





SENTIRSE BIEN!

- Mover el cuerpo no sólo es bueno para moldear la figura, sino que es imprescindible para tener buena salud.
- La musculatura, así como el sistema cardío-respiratorio, necesitan estímulos para mantenerse fuertes.
- Como la vida que llevamos actualmente la mayoría de nosotras es a veces sedentaria, para mantenernos en forma necesitamos realizar alguna actividad física extra, ya sea en casa, en un gimnasio, o practicando algún deporte, por lo menos, dos o tres veces por semana.

SENTIRSE BIEN: TU SALUD Y BIENESTAR POR ENCIMA DE TODO

Fundación Santandereana de diabetes y obesidad.

Programa de Psicología

Ana Maria Angulo G-H
Paula Andrea Ortiz A.

FUSANDE

FUNDACIÓN SANTANDERANA DE
DIABETES Y OBESIDAD



EJERCICIOS PARA HACER EN CASA

Plegable 4



EJERCICIO 1: TIJERAS

Este sencillo ejercicio fortalece lumbares, abdominales y piernas.

Nivel 1:

Puesto (a) boca arriba con la espalda y el tronco en el suelo, flexione las rodillas y colóquelas por encima del pecho. Muy lentamente, baje una pierna hacia el suelo. Deje la otra pierna arriba siempre.

Tienes que apretar fuertemente el abdominal para que la zona lumbar no se levante del suelo. Cambie de pierna hasta que hayas hecho el ejercicio 10 veces con cada una.

Nivel 2:

Igual que el anterior, pero con las piernas un poco más estiradas.

Nivel 3:

Como el anterior, pero con ambas piernas totalmente estiradas y cambiándolas más veces, aunque lentamente.



EJERCICIO 2: PLANCHA

Este es un fácil ejercicio que igual permite que estires tus músculos

Nivel 1:

Puesto (a) boca abajo con los

codos y antebrazos en el suelo y los hombros relajados y hacia atrás, apriete el abdominal hasta que el ombligo se levante del suelo. Mantén esta postura unos 30 segundos, y repítela cinco veces.

Nivel 2:

Igual que el anterior, pero eleve el tronco hasta que solamente queden las rodillas y la parte inferior de las piernas en el suelo.

Nivel 3:

Como el anterior, pero con todo el cuerpo elevado y recto encima de los codos y las punteras de los pies.



EJEMPLO DE MENÚ

DESAYUNO

Pan Integral.
Queso blanco (bajo en sal).
Margarina.
Leche descremada.

ALMUERZO

Sopa de espinaca.
Pollo con cebolla y pimentón.
Arroz.
Ensalada de lechuga y tomate.
Aceite de oliva.
Ensalada de frutas.

MERIENDA

Gelatina ligera con fruta.

CENA

Pan.
Pescado.
Ensalada.
Piña.

FUSANDE

FUNDACIÓN SANTANDERANA DE
DIABETES Y OBESIDAD



Programa de Psicología

Fundación Santandereana de
diabetes y obesidad.

Ana Maria Angulo G-H
Paula Andrea Ortiz A.

LAS GRASAS EN LA ALIMENTACIÓN

Plegable 5

FACTORES QUE AFECTAN LOS NIVELES SANGUÍNEOS DE COLESTEROL



Peso: El sobrepeso puede aumentar los niveles de colesterol.

Edad y sexo: Esta demostrado que a medida que aumenta la edad, también aumentan los niveles de colesterol, y a su vez estos son mayores en el sexo masculino.

Actividad Física: Un programa de ejercicio en forma regular ayuda a disminuir los niveles de colesterol y la presión arterial, aumenta las HDL (Colesterol bueno) y le permite mantener un peso adecuado.

Bebidas Alcohólicas: El exceso de alcohol aumenta los niveles tanto de colesterol como de triglicéridos.

Tipo de alimentación: El consumo excesivo de grasas, especialmente de tipo saturadas presente en los productos de origen animal (carne, pollo, cerdo, leche completa, mantequilla) y los alimentos ricos en colesterol (huevos, piel del pollo, crema de leche, quesos, mariscos, etc.) pueden aumentar los niveles sanguíneos de colesterol.

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE COLESTEROL

1. Consuma menos alimentos ricos en grasas

Recuerde que es importante disminuir el consumo total de grasas y sobre todo de grasas saturadas contenidas en los alimentos de origen animal, ya que este tipo de grasa es más perjudicial que las grasas poliinsaturadas contenida en los aceites vegetales y el pescado.

2. Consuma menos alimentos ricos en

colesterol

La mayoría de los alimentos ricos en grasas saturadas también son altos en colesterol por lo tanto al disminuir su ingesta estará reduciendo ambas sustancias.

3. Aumente el consumo de fibra de su alimentación

La fibra se encuentra en los alimentos integrales, leguminosos, frutas y vegetales frescos, y tiene la propiedad de disminuir la absorción de las grasas.

4. Manténgase en un peso adecuado.

5. Realice actividad física en forma regular.