

Universidad Central Marta Abreu de
Las Villas
Facultad de Psicología



Trabajo Diploma
Necesidades Psicoeducativas en
pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Autor: Mayrelis Echemendía Rodríguez

Tutor: Msc. Yaima Castillo Figueroa

Msc. Lismary Pedraza Durán

Dra. Leidi Francisco González

Santa Clara
2011

"Año 53 de la Revolución"

Exergo

La ciencia moderna no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como unas pocas palabras bondadosas y francas.

Sigmund Freud

Dedicatoria



A mi mamá por sus inagotables sacrificios, por ser insustituible.

A mi abuela por ser lo más grande que tengo.

A Leidi por ser mi principal fuente de inspiración, por haber depositado su confianza en mí.

Agradecimientos

Agradecimientos



A mi familia que me apoyó e incentivó, con su quehacer cotidiano, a estos esfuerzos.

A la Dra. Leidi Francisco, el ángel creador que hizo posible este trabajo. Gracias por tu orientación, sensibilidad, paciencia, y confianza.

A mis tutoras Msc. Yaima Castillo Figueroa y Msc. Lismary Pedraza Durán por haber aceptado compartir conmigo este proyecto con profesionalidad, quienes han jugado un papel fundamental.

Al colectivo de trabajadores del Centro de Atención Integral al Diabético de Sancti-Spíritus, por acogerme tan cariñosamente en sus brazos y brindarme su apoyo incondicional.

A los pacientes diabéticos y sus familiares por su valiosa cooperación en este proyecto de investigación.

A Mirtica, Lisy y Yudita, gracias por ejemplificar una vez más el significado de la amistad.

A mis amistades, a mis compañeros de aula, especialmente a las muchachitas del 103 A del edificio 900, a Juan Carlos, Evelyn, Ismaray, Mabel, Anay, Dalena, Ilianne, Damián, Montenegro, Idonys y Durley, por estar siempre cuando las necesito.

A todos que de una forma u otra me han apoyado siempre.

Gracias.

Resumen



La presente investigación se realizó con el objetivo de diagnosticar las necesidades psicoeducativas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se trabajó con una muestra no probabilística incidental casual de 80 pacientes, pertenecientes al Centro de Atención Integral al Diabético de Sancti-Spíritus.

Se utilizó una alternativa metodológica mixta a partir del enfoque predominante o principal. Se empleó un sistema de técnicas psicológicas así como la valoración de los indicadores clínicos de la enfermedad a través de los exámenes de laboratorio. Para realizar el análisis de los datos se empleó el procesamiento estadístico computacional utilizando el paquete de ciencias sociales (SPSS). Este se complementó con la triangulación como método idóneo para el análisis cualitativo de datos.

Los resultados obtenidos de la investigación demuestran el predominio de altos niveles de estrés y de emociones displacenteras en los pacientes objeto de estudio, así como la prevalencia de mecanismos inadecuados de afrontamiento a la enfermedad y niveles muy bajos de adherencia terapéutica. Dentro de las principales necesidades psicoeducativas de este grupo de paciente se destacan, la obtención de conocimientos sobre la enfermedad, la búsqueda de apoyo familiar y social; y el aprendizaje de habilidades para convivir con la enfermedad y lograr un manejo adecuado de la misma.

Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones válidas para estudiantes y profesionales interesados en desarrollar esta área de investigación.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus Tipo 2, Necesidades Psicoeducativas.

Abstract



This research was conducted with the objective of diagnosing the psychoeducational needs of patients with Diabetes Mellitus Type II. We worked with an incidental casual nonrandom sample of 80 patients, from the Centro de Atención Integral al Diabético of Sancti Spíritus.

A mixed methodological alternative from the main or principal approach was used. Psychological techniques were used, as well as the evaluation of clinical indicators for the disease through laboratory tests. For the analysis of the data the statistical computer processing was used through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). This was complemented with triangulation as the best method for qualitative data analysis.

The research results show the prevalence of high levels of stress and unpleasant emotions in the patients under study, as well as the prevalence of inadequate coping mechanisms to the disease and very low levels of therapeutic adherence. Among the main psychoeducational needs of this group of patients are the acquisition of knowledge about the disease, the search for family and social support, and learning skills to live with the disease and ensure the proper management of it.

Finally we offer conclusions and recommendations that are valid for students and professionals interested in developing this area of research.

Key Words: Diabetes Mellitus Type 2, Psychoeducational needs.

Índice

Introducción	1
Capítulo I Marco Referencial Teórico	6
Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de salud	6
1.1 Apuntes Históricos sobre la enfermedad.....	6
1.2 Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.....	8
1.3 Características epidemiológicas de la Diabetes Mellitus.....	9
1.4 Diabetes Mellitus tipo 2 (no insulino dependiente).....	10
1.4.1 Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus tipo 2.....	12
1.4.2 Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus tipo 2	13
1.4.3 Pronóstico de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	15
1.4.4 Tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2.....	15
1.4.5 Control del paciente diabético: Importancia de la adherencia terapéutica....	17
Epígrafe 2. Factores psicosociales de la diabetes mellitus	19
2.1 Impacto psicológico de la diabetes Mellitus como enfermedad crónica.....	19
2.1.1 Necesidad de ajustes en el estilo de vida del paciente diabético.....	21
2.1.2 El apoyo social y familiar.....	22
2.1.3 La enfermedad como acontecimiento estresante.....	24
2.1.4 Estrategias de afrontamiento a la enfermedad.....	25
2.2. Repercusión emocional de la diabetes mellitus.....	27
2.2.1. El funcionamiento emocional del paciente diabético.....	29
3 Necesidades Psicoeducativas: conocimiento necesario para la atención del paciente diabético.....	31
Capítulo II Marco Referencial Metodológico	35
2.1 Diseño Metodológico.....	35
2.2 Selección de la muestra.....	36
2.3 Operacionalización de variables objeto de estudio.....	40
2.4 Descripción de instrumentos y técnicas utilizadas en la investigación.....	43
2.5 Procedimientos	49
2.6 Procesamiento de los datos.....	50
2.7 Principios éticos considerados en la investigación.....	50
Capítulo 3. Análisis de los resultados	51
3.1 Análisis por técnicas.....	51
3.2 Análisis integral.....	70
Conclusiones	74
Recomendaciones	76
Referencias bibliográficas	77
Anexos	80

Introducción



La enfermedad al igual que la salud está determinada socialmente, o sea, se comprende el papel incuestionable que los factores psicológicos, sociales y culturales mediatizan el surgimiento, determinación y evolución de las enfermedades, por lo que la salud viene a ser el resultado de una compleja interrelación entre lo biológico, lo ambiental y social, mediando en todo ello la personalidad y sus posibilidades compensatorias o autorreguladoras.

Esta es una realidad que comenzó a vislumbrarse con los cambios ocurridos en el cuadro de morbi-mortalidad en el mundo. Es una regularidad que esta presente en cualquier proceso morboso que se hace más pronunciada y evidente en aquellas patologías consideradas de curso crónico.

En la actualidad, el impacto de las enfermedades crónicas se ha hecho muy habitual en diferentes regiones del mundo como los países de ingresos bajos y medios, aunque no se puede descartar que también se vean afectados los países desarrollados. Se describe que la mitad de la población mundial se puede ver afectada por estas enfermedades, lo cual se debe a su crecimiento de forma gradual y sostenida.

La mayor parte de estos cuadros no son graves ni constituyen una amenaza para la vida, pero el número de personas afectadas presenta un problema importante para la medicina y la psicología de la salud, ya que estas situaciones no solo afectan a las personas que padecen la enfermedad, sino también a familiares y amigos.

Existen hoy muchos tipos de enfermedades crónicas dentro de las que se destacan por su incidencia y prevalencia la hipertensión arterial (HTA), el asma bronquial, la artritis, las enfermedades oncológicas y la diabetes.

Si bien la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchos pacientes siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional. Uno de los mayores temores es la incertidumbre que viene asociada con una enfermedad crónica, teniendo en cuenta que si se logra controlar en todos sus parámetros, las crisis pueden ser esporádicas y



durar solo un tiempo breve. En otros casos, puede ser permanente y empeorarse gradualmente con el paso del tiempo (Centro de Apoyo de la APA, 2007).

Otro de los temores puede estar asociado a las repercusiones personales, económicas y sanitarias asociadas a su tratamiento y a las propias complicaciones degenerativas, responsables de un alto porcentaje de muertes debido a la reacción emocional que produce tener conocimiento del padecimiento de una enfermedad incurable, con los ajustes en el estilo de vida que imponen estas enfermedades.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que se ha convertido en los últimos años en un verdadero desafío a la calidad y expectativa de vida de la población mundial, con un incremento considerable en su incidencia y prevalencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Se calcula que en la actualidad más de 280 millones de personas en el mundo tienen diabetes. La OMS estima que la diabetes mellitus crecerá hasta afectar a 330 millones de personas en el año 2025 y para el 2030 podrían estimarse a 370 millones de personas (IDF, 2010, citado por Pantoja *et al.*).

En nuestro país, cerca de medio millón de personas padece de diabetes mellitus. Durante la última década, se ha duplicado la prevalencia de esta enfermedad, al extremo que en la actualidad un 4.5% de la población es diabética conocida, alrededor de un 2.8% es diabética que desconoce aun su dolencia y otro 12% convive con la condición de prediabético.

Según datos aportados por el Centro de Atención Integral al Diabético de la provincia de Sancti- Spíritus, en el año 2010 había 600 casos de pacientes diagnosticados, de ellos 390 son del sexo femenino y 210 del sexo masculino. Lo anterior es reflejo de la tendencia al incremento que en los últimos años se ha producido en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, asociada al metabolismo lipídico y proteico y condicionada por factores genéticos y/o



ambientales. La misma se debe aun defecto en la secreción y/o actividad de una hormona segregada por el Páncreas: la insulina (Knapp, 2005).

Entre sus formas clínicas se reconocen dos tipos de diabetes. La diabetes tipo 1 (insulino dependiente) o diabetes juvenil, que afecta fundamentalmente a niños y jóvenes adultos. Se caracteriza por necesitar un aporte diario de insulina exógena. Por su parte, la tipo 2 (no insulino dependiente) o diabetes del adulto que se presenta por lo general después de los 30 años y se asocia a la obesidad.

La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica posee gran importancia no solo por ser la más frecuente y constituir una de las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies, el cuidado de los dientes, así como un afrontamiento positivo desde el punto de vista psicológico (Álvarez, 2005).

Esta condición médica y sus complicaciones tienen importantes consecuencias para los pacientes, sus familias, los sistemas de salud y los países. Hoy día, es considerada dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales.

Las personas diagnosticadas con diabetes generalmente pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: depresión, ansiedad, ira, frustración y pérdida de valor por la vida. El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con diabetes puede convertirse en un círculo vicioso y es el peor obstáculo para el manejo de su condición (Chavey y Dávila, 2007).

Tomando en consideración esta realidad se requiere de un abordaje integral de estos pacientes que tome en consideración no solo las variables clínicas relacionadas directamente



con la enfermedad sino también los factores psicosociales implícitos en su afrontamiento. Sin embargo, resulta aún muy limitado el número de investigaciones que profundicen de manera integral en el funcionamiento y bienestar emocional de este tipo de pacientes (Castillo, 2008). Así mismo, son pocas las investigaciones que se aproximan a su mundo vivencial partiendo de las necesidades propias que experimentan para el manejo de la enfermedad, así como las que experimentan los familiares y el propio personal de salud en su afán por lograr un tratamiento efectivo.

Desde esta perspectiva es concebida la presente investigación que se propone lograr una aproximación al conocimiento de las necesidades psicoeducativas que experimentan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, toda vez que estas necesidades pueden constituir factores de riesgo, barreras en el afrontamiento a la enfermedad y elementos que inciden en la baja adherencia terapéutica que hoy manifiestan. La misma forma parte de una pesquisa que se viene realizando con el paciente diabético en Sancti-Spíritus a partir de la creación del Centro de Atención Integral al Paciente Diabético de dicha provincia. En este sentido, el estudio contribuirá a la intervención especializada y multidisciplinaria que se propone realizar dicho centro.

De esta forma se define como problema de investigación:

¿Qué necesidades psicoeducativas presentan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que acuden al Centro de Atención Integral al Diabético de Sancti-Spíritus?

Objetivo general:

Diagnosticar las necesidades psicoeducativas de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Atención Integral al Diabético de Sancti-Spíritus.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad que poseen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Describir las principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad empleadas por los pacientes objeto de estudio.



- Identificar los principales comportamientos de riesgo asociados a la enfermedad.
- Determinar el nivel de adherencia terapéutica que poseen los pacientes estudiados.
- Explorar las principales necesidades psicoeducativas de este tipo de pacientes desde la perspectiva de los especialistas de salud por los que son atendidos y de los familiares con los cuales conviven.
- Identificar las principales necesidades psicoeducativas que experimentan los pacientes en relación a su enfermedad.

Los resultados de la presente investigación pueden convertirse en el preámbulo de líneas de investigación amplias en el campo de la evaluación y tratamiento psicológico de pacientes con diabetes, en función de promover la implementación de programas de educación diabetológica desde un enfoque multidisciplinario.

Capítulo I:

Marco referencial teórico



Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud

1.1 Apuntes Históricos sobre la enfermedad.

El papiro de Ebers (unos 1500 a.n.e.) parece ser el documento mas antiguo, donde se menciona por primera vez una enfermedad caracterizada por la “frecuente y abundante eliminación de orina”. La primera referencia al “sabor dulce de la orina” aparece en los escritos de Ayur Veda Susruta (siglo I d.n.e.).

Los antiguos escritos chinos hablan de la “enfermedad de la sed” descrita por Tchang Tchangking, quien observó un enfermo que bebía unos 10 litros de agua al día. Escritos posteriores asocian “la enfermedad de la sed” con el “hambre excesiva” (De Acosta, 1971).

Celso (siglo I d.n.e.) describe la poliuria y la polidipsia, y hace hincapié en la “emancipación y peligro de estos enfermos”. Areteo, de Capadocia (siglo II), le da el nombre de diabetes (que significa, criba, dejar pasar) a esta enfermedad y la describe como “enfermedad rara y enigmática en la cual los enfermos tienen sed insaciable, y la carne y los huesos se funden en orina” (De Acosta, 1971).

Galeno (siglo III) clasifica la Diabetes Mellitus como una enfermedad de los riñones e insiste en la poliuria, a la que achaca la caquexia de los diabéticos (De Acosta, 1971).

Avicena, médico árabe (siglo IX) describe la gangrena diabética y llama de nuevo la atención sobre el sabor dulce de la orina (De Acosta, 1971).

Willis (1621-1679) describe de nuevo el sabor dulce como la miel, de la orina en la Diabetes Mellitus y le da atributo de mellitus (azúcar, miel). Esto había sido planteado por los médicos hindúes en el siglo VI d.n.e. Wirsung, anatomista de la Universidad de Padua en 1842 reconoce el páncreas como una glándula excretora. Morton, en 1696, habla por primera vez de la herencia de la Diabetes Mellitus (De Acosta, 1971).



Dobson, médico de Liverpool, en 1776, demuestra que el sabor dulce de la orina se debe a la presencia de azúcar y habla también del sabor dulce de la sangre del diabético. Por primera vez redirige la atención a la posibilidad de un metabolismo alterado. Frank, en 1792, destaca la diferencia entre diabetes “mellitus” y diabetes “insípida”. Marshall, en 1798, hace notar que el aliento de un joven diabético en grave estado tenía un olor parecido al de las manzanas en descomposición. Y es a Prout a quien se debe la primera descripción del coma como final típico de la DM grave (De Acosta, 1971).

Bouchardat demuestra en 1835 que el azúcar existente en la orina del diabético es glucosa. Kaulich, en 1860, descubre la acetona en la orina de los diabéticos graves y Kussmaul en 1874 señala como característica un tipo especial de respiración en el coma diabético (De Acosta, 1971).

Langerhans, de Berlín, descubre en 1869 los islotes que llevan su nombre y poco después Frerichs llama la atención sobre cambios en el páncreas de personas diabéticas fallecidas (De Acosta, 1971).

En los años siguientes se multiplican los trabajos tratando de obtener el producto de la secreción de dichos islotes. Meyer, de Bruselas, en 1909, había denominado “insulina” a esa secreción interna aun no aislada (De Acosta, 1971).

Wollaston, del Guy’s Hospital de Londres, desarrolla en 1881 el primer método para dosificar azúcar en la sangre, semejante a nuestra actual cromatografía en papel, pero su método solamente era válido para valores superiores a 600 mg %, por lo que creyó haber demostrado la no existencia de azúcar en la sangre. Claude Bernard planteó que la glucosuria era la consecuencia de la hiperglucemia (Mateo de Acosta, 1971).

Banting y Best, de Toronto, en 1921, logran producir un extracto de páncreas capaz de mantener vivos a los animales diabéticos y al ser humano, lo que cambia de manera radical el tratamiento y el pronóstico de los enfermos (De Acosta, 1971).



1.2 Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, asociada al metabolismo lipídico y proteico y condicionada por factores genéticos y/o ambientales. La misma se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona segregada por el Páncreas: la insulina (Knapp, 2005).

Por su parte Matarama (2005) considera la diabetes mellitus como un síndrome caracterizado por hiperglucemia crónica debida a defectos en la acción de la insulina, en la insulino secreción o en ambos, en el que coexisten además alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas. Este estado se asocia a largo plazo con daño de la microcirculación de órganos como retina, riñones y de grandes vasos sanguíneos de corazón, cerebro y extremidades inferiores; aparece además afectación del sistema nervioso periférico y autonómico.

Diabetes mellitus tipo 1. Comprende la *diabetes mellitus autoinmune* denominada anteriormente *diabetes insulino dependiente*. Esta afección es resultado de la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, proceso que se evidencia por la presencia de marcadores humorales como son los anticuerpos antislotes (ICA), anticuerpos antinsulina, autoanticuerpos contra la enzima glutámico ácido descarboxilasa (GAD 65) y autoanticuerpos tiroxina fosfatasa IA2 y IA2B.

La tasa de destrucción de las células beta es variable dependiendo de la gravedad del proceso autoinmune, por ello, es de aparición brusca principalmente en niños y lenta en adultos. También en este grupo se encuentra la *diabetes tipo 1 idiopática* en lo cual no se demuestra mediación del proceso inmunológico en la destrucción de los islotes, este tipo es frecuente en pacientes de origen asiático y africano y tiene un fuerte contenido hereditario. Los diabéticos tipo I requieren insulina de por vida para su control y su manifestación clínica inicial se caracteriza por la presencia de cetosis o cetoacidosis (Matarama, 2005).



Diabetes mellitus tipo 2. Denominada antes como *diabetes no insulino dependiente* constituye el tipo con mayor prevalencia a escala mundial, es provocada por la presencia de insulinoresistencia periférica en órganos como hígado, tejido adiposo y musculoesquelético y se asocia, además, a defectos variables en la insulino secreción; se plantea que existen muchas causas de esta forma de diabetes. Estos pacientes no presentan usualmente cetoacidosis en el momento de su inicio clínico y por lo común se controlan con dieta e hipoglicemiantes de uso oral, aunque en condiciones de infección, cirugía u otro tipo de estrés podrían necesitar tratamiento insulínico para su control. Este tipo de diabetes adopta formas subclínicas debido a que la hiperglucemia se desarrolla de modo gradual por lo que estos enfermos tienen en dicho estadio preclínico un riesgo elevado de aparición de complicaciones macrovasculares (Matarama, 2005).

1.3 Características epidemiológicas de la Diabetes Mellitus.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pronosticado que en el año 2030 la diabetes afectará a 370 millones de personas, lo que supone un aumento de un 14% con respecto a las últimas cifras publicadas por esta entidad, correspondientes al año 2000.

Por regiones, la más sacudida por la enfermedad según estas previsiones continuará siendo el sureste asiático, con 122 millones de pacientes diabéticos. A continuación, el área del Pacífico, con 71 millones de afectados; y el continente americano, donde se espera que la enfermedad llegue a afectar a 67 millones de personas. Mientras, se calcula que en África rondará los 18 millones de personas, más del doble de los 7 millones actuales, y que en Europa aumentará la prevalencia actual, cifrada en 33 millones en 2000, hasta alcanzar los 48 millones de pacientes (ADA, 2006 citado en Pantoja, Calonge, López *et al.*).

Actualmente, se calcula que más de 280 millones de personas en el mundo tienen diabetes, la mayoría en los países en desarrollo. Según los investigadores, la diabetes podría estar causando unos 4 millones de muertes globalmente y se proyecta que esa cifra siga aumentando. Investigaciones realizadas en Estados Unidos demostraron que, casi el 90% de los adultos con diabetes -más de 16 millones de adultos de 35 años o más- tienen



padecimientos de presión arterial y colesterol en sangre que no están siendo tratados efectivamente (BBC Ciencia, 2011). La incidencia de la Diabetes tipo 2 podría cifrarse en torno a 60- 150 casos nuevos por 100.000 habitantes cada año (Díaz, 2008).

Esta realidad pudiera parecer ajena, sin embargo cerca de medio millón de cubanos, uno de cada 22, padece de Diabetes Mellitus. En la última década, casi se ha duplicado la prevalencia de esta enfermedad, al extremo que en la actualidad un 4.5% de la población es diabética diagnosticada. Investigaciones recientes indican también que alrededor de un 2.8% de la población es diabética sin diagnóstico de la enfermedad y otro 12% convive con la condición de prediabética (de la Osa, 2010).

1.4 Diabetes Mellitus tipo 2 (no insulino dependiente).

La Diabetes Mellitus 2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero también se requiere que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de esta hormona. Este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, aunque su frecuencia está aumentada en algunos países en niños y adolescentes obesos.

Existen además otros factores de riesgo asociados a esta patología dentro de los que se destacan:

- ✓ Personas con síntomas clínicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida o aumento de peso).
- ✓ Edad mayor a 30 años.
Antecedentes previos de glucosuria o hiperglucemia transitoria (Álvarez, 2001).
- ✓ Factores genéticos y familiares de primer grado con diabetes (gemelo idéntico, padre, madre, hermano o hijo).



- ✓ Madres con macrofetos (mas de 4.2 kg) o diabetes gestacional (Álvarez, 2001).
- ✓ Sobrepeso corporal (IMC > 25Kg/m² o circunferencia de cintura > 102 cm. en hombres y > 88cm en mujeres), independiente de su edad.
- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Grupo étnico de alto riesgo (Amerindios, hispanos, afro americanos, asiáticos-americanos, isleños del pacífico).
- ✓ Hipertensión arterial (140/90 ó más) o Historia de enfermedad cardiovascular.
- ✓ Hábito de fumar.
- ✓ Alcoholismo.

Los **factores de riesgo** según Álvarez (2008), son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad. Por dicha razón, la estrategia de prevención de enfermedades debe dar máxima prioridad a la lucha contra los principales factores de riesgo.

En la medida en que un factor de riesgo gana evidencias científicas como resultado de la investigación, su relación causal con el factor se hace más fuerte, y el factor de riesgo gana la categoría de determinante para la enfermedad.

Para que una condición se pueda considerar como factor de riesgo – lo que establece la probable relación causal entre esta y el daño provocado ha de cumplir indispensablemente con los requisitos siguientes:

- Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. Pero debe existir una forma de relación entre ellas: un aumento o disminución del factor de riesgo se acompaña de un aumento o disminución de la enfermedad.
- Preceder a la enfermedad durante un período determinado: relación de precedencia temporal.
- Poseer un carácter patogénico evidente, es decir, un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño: plausibilidad biológica.
- Predecir la posterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen.



1.4.1 Criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2

La etiología de la diabetes mellitus tipo 2 es desconocida y ha sido más difícil de delimitar en sus componentes genéticos que la tipo 1. Los genes candidatos propuestos son el de la insulina, del receptor de insulina, de la glucucinasa y del genoma mitocondrial. Se ha establecido una herencia autosómica dominante en la variedad conocida antiguamente como MODY (diabetes mellitus del adulto de aparición en la juventud). Los factores epigenéticos del individuo reconocidos como determinantes son el sobrepeso y la obesidad relacionados con el sedentarismo, el estrés emocional, la alimentación rica en fructosa y ácidos grasos saturados, el tabaquismo, alcoholismo y la falta de control de enfermedades concomitantes (trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos) (Castillo, 2008).

De acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes (ADA) se considera que una persona tiene Diabetes Mellitus cuando uno de los siguientes criterios bioquímicos está presente:

- ✓ Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l)
- ✓ Glucemia post prandial igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
- ✓ Cuando la realización de una Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) la glucemia en ayunas es igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l) y/o a las dos horas es igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l).
- ✓ En la mujer embarazada se considera que tiene una diabetes gestacional cuando la glucemia en ayunas es igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l) o cuando en la realización de una PTGO la glucemia en ayunas es igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l) y/o a las dos horas es igual o mayor a 140 mg/dl (7.8 mmol/l).

Para el diagnóstico en una persona con síntomas clásicos de poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso, se requiere solo uno de los criterios bioquímicos anteriores. En el caso de una persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los criterios bioquímicos anteriormente expuestos. Los criterios anteriores se aplican para todos los grupos de edad.

Los valores de glucemia anteriormente descritos son válidos para plasma venoso. Las cifras de glucemia deberán expresarse, en lo posible, tanto en mg/dl como en mmol/l.



1.4.2 Complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus se caracteriza por la existencia de un conjunto de alteraciones metabólicas y hormonales, cuya consecuencia final será el daño en múltiples órganos y sistemas, si no se toman medidas oportunas para impedirlos desde el mismo inicio de la enfermedad. Estas complicaciones pueden ser agudas y crónicas (Torres, 2009).

Complicaciones agudas

Guardan estrecha relación con el descontrol de los niveles de glucosa en sangre: hipoglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico, acidosis láctica (Torres, 2009).

La hipoglucemia ocurre cuando hay muy poca glucosa en la sangre lo cual puede ocurrir por exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardiacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia (Chavey y Dávila, citado en Castillo, 2008).

La cetoacidosis diabética se puede definir como un trastorno metabólico agudo que consiste en tres irregularidades concomitantes: elevado nivel de glucosa en sangre (hiperglucemia), elevado nivel de cuerpos cetónicos (hipercetonemia) y acidosis metabólica. Causa náuseas, vómitos y dolor abdominal y puede progresar a edema cerebral, coma y muerte (Merck, 2007).

El coma hiperosmolar no cetósico es una complicación metabólica que se caracteriza por hiperglucemia, deshidratación extrema, plasma hiperosmolar y alteración de la conciencia (Merck, 2007).



Complicaciones crónicas

Secundarias al efecto de la hiperglucemia crónica en la producción de complicaciones a largo plazo, lo cual se correlaciona con el daño oxidativo de los tejidos, que pierden propiedades físicas y químicas necesarias para el adecuado desempeño de sus funciones y todo ello secundario a los niveles de azúcar elevados por mucho tiempo y agravados por otros factores. La hiperglucemia está notoriamente implicada en la causa de la enfermedad de los grandes y pequeños vasos sanguíneos y de los nervios (Torres, 2009).

Dentro de las mismas se encuentran las complicaciones vasculares las cuales se dividen en dos tipos:

Las macrovasculares dentro de las cuales se encuentran las coronarias (angina, infarto miocárdico); las carótidas y cerebrales (accidente vascular encefálico como infarto, hemorragia, etc.) y las periféricas (claudicación intermitente, ulceración, gangrena).

Las microvasculares, las cuales están compuestas por las oculares (retinopatía, catarata, parálisis de nervios craneales, glaucoma); las renales (microalbuminuria, nefropatía incipiente o macroproteinuria, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica terminal, pielonefritis crónica); sistema nervioso periférico autónomo (neuropatía periférica, amiotrofia, neuropatía autónoma visceral) (Matarama, 2005).

Las más comunes son la retinopatía diabética conocida como la causa más común de ceguera. Al principio se caracteriza por microaneurismas de los capilares retinianos y más adelante por edema macular y neovascularización. No hay síntomas o signos precoces, pero más adelante se desarrollan manchas focales, desprendimiento vítreo o de retina y pérdida total o parcial de la visión; progresa a una velocidad muy variable (Merck, 2007).

La nefropatía diabética es una causa principal de insuficiencia renal crónica en Estados Unidos. Se caracteriza por engrosamiento de la membrana basal glomerular, expansión mesangial y esclerosis glomerular. Estos cambios producen hipertensión glomerular y disminución progresiva del IFG. La hipertensión sistemática puede acelerar la evolución.



Generalmente, la enfermedad es asintomática hasta que se desarrolle el síndrome nefrótico o la insuficiencia renal (Merck, 2007).

La neuropatía diabética es el resultado de la isquemia de los nervios debida a la enfermedad microvascular, a los efectos directos de la hiperglucemia sobre las neuronas y a los cambios metabólicos intracelulares que dañan la función de los nervios. Hay varios tipos, como la polineuropatía simétrica (con las variantes de las fibras pequeñas y grandes), la cual es más común y afecta a la parte distal de los pies y las manos, se manifiesta por parestesias, disestesias o una pérdida indolora de la sensibilidad al tacto, vibraciones, propiocepción o la temperatura; y la neuropatía autónoma puede producir hipotensión ortostática, intolerancia al ejercicio, taquicardia en reposo, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento y diarrea, incontinencia fecal, retención e incontinencia urinaria, disfunción eréctil y eyaculación retrograda y disminución de la lubricación vaginal (Merck, 2007).

1.4.3 Pronóstico de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

El pronóstico depende de los factores de riesgo, la evolución de la enfermedad, el grado de control metabólico y la ausencia o presencia de infecciones recurrentes, hipertensión arterial y nefropatía. El embarazo es un factor de riesgo para la progresión de la retinopatía y un componente genético que favorece la presencia de complicaciones a largo plazo (Castillo, 2008).

Los individuos con proteinuria y diagnóstico de este tipo de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una supervivencia de 3 a 12 años, pero en presencia del síndrome nefrótico sólo 30 a 50% sobrevive después de 2 a 4 años.

1.4.4 Tratamiento de la diabetes tipo 2.

El bienestar biológico, psicológico y social de las personas portadoras de Diabetes Mellitus constituye una de las premisas fundamentales de nuestro Sistema de Salud, en la que participan, activamente, un equipo multidisciplinario de salud compuesto por médicos diabetólogos, enfermeras, dietistas, psicólogos, angiólogos, cardiólogos, nefrólogos,



oftalmólogos, ortopédicos, podólogos y un laboratorio de análisis, responsabilizado de brindar una atención adecuada y la persona afectada por la enfermedad.

Para ello, es preciso tomar acciones de salud de manera individual con cada uno de los enfermos, lo cual requiere de su activa colaboración (Torres, 2009).

Esto requiere de un cuidado médico continuo con el fin de lograr el control bioquímico, prevenir complicaciones agudas como cetoacidosis diabética, hipoglucemias, coma hiperosmolar, acidosis láctica; además de disminuir el riesgo de aparición de complicaciones crónicas dentro de las que se encuentran la macroangiopatía, nefropatía, retinopatía, neuropatía, entre otras, y con ello favorecer una mejor calidad de vida.

Primeramente debe realizarse una evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga a realizar un plan de manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida, restricciones económicas, habilidades aprendidas de automonitorización, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad, además se debe tener en cuenta factores culturales, psicosociales y educacionales.

Los pilares o bases fundamentales en el tratamiento de las personas con diabetes lo constituyen la educación diabetológica progresiva, continuada y ajustada a las condiciones clínicas del enfermo dirigida a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento, la alimentación adecuada e individualizada, lo cual debe contribuir a la normalización de los valores de la glucemia y lipídicos durante las 24 horas del día, ejercicios físicos de acuerdo con las condiciones clínicas del enfermo además del tratamiento medicamentoso específico ya sea a partir de los compuestos orales hipoglucemiantes o la insulino terapia, esta última puede ser lenta, moderada y rápida y tiene mucho que ver con la historia de la enfermedad de cada paciente (Torres, 2009).



1.4.5 Control del paciente diabético: Importancia de la adherencia terapéutica.

El manejo efectivo de la diabetes tipo 2 requiere un complicado y exigente régimen de tratamiento que tiene como objetivo terapéutico primario el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre dentro de los límites de la normogluemia. El logro de un control metabólico estricto se ha convertido en una prioridad en la práctica médica actual (Castillo, 2008).

En la actualidad uno de los inconvenientes de mayor índole con los que se tropiezan los especialistas de la salud es el no cumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos. Es por ello, que las conductas y los modos en que las personas afrontan la enfermedad cumplen un papel importante en el curso de la misma. Que el paciente cumpla con las orientaciones del especialista y asuma una posición activa e interesada en el tratamiento desempeña un papel primordial para el control de su enfermedad y para el incremento o preservación de su calidad de vida. Esta posición activa e interesada del paciente con su tratamiento, es lo que hoy se conoce como adherencia terapéutica.

En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero se han comenzado a considerar otros componentes que dependen también de la regulación volitiva de cada paciente y de la responsabilidad individual para con su salud como , aspectos higiénico–sanitarios, seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no ingerir bebidas alcohólicas, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento programadas como parte del propio tratamiento.

Varios son los factores que se relacionan con el logro de la adherencia terapéutica. Existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia sanitaria, de la enfermedad y del tratamiento indicado en cada caso.

Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, inadecuado funcionamiento emocional, etc. La depresión, emoción asociada frecuentemente a esta enfermedad, ha correlacionado



positivamente con la evolución del curso de la enfermedad. Cuando la depresión es recurrente, existe evidencia de un peor control metabólico, disminución de la actividad física, mayor obesidad, mayores complicaciones derivadas de la patología y en consecuencia, descuido de las medidas de control asociadas a la categoría adherencia terapéutica, (Ortiz, M. y Ortiz, E., 2007).

Sobre los factores del sistema de salud que inciden en el logro de la adherencia terapéutica, pocos estudios se han realizado, no obstante, bien documentada está la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico, al igual que el rol que desempeña la relación médico paciente en la asunción de tan importantes comportamientos.

En este sentido, una relación de colaboración entre el paciente y el equipo de salud, se asocia con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con la disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. (Ortiz, M. y Ortiz, E., 2007).

Respecto a la enfermedad y su tratamiento, tal como se ha mencionado, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica (Ortiz, M. y Ortiz, E., 2007).

A esto se asocian una serie de variables relacionadas con la adherencia al tratamiento en la diabetes (Jiménez y Dávila, 2007), tales como:

- El conocimiento y destrezas asociadas al manejo de la enfermedad.
- La autoeficacia específica de la diabetes.
- El locus de control interno.
- Las creencias acerca de la salud.
- El bienestar emocional.



- La motivación.
- La disposición hacia el cambio.
- Los estilos de afrontamiento al estrés (tanto fisiológicos como conductuales y cognitivos).

Tomando como referencia lo anterior, dentro de las principales barreras que enfrentan estos pacientes en el cumplimiento del tratamiento se encuentran:

- La falta de educación y destrezas en el manejo de la enfermedad.
- La complejidad e inconveniencia del tratamiento, que dificulta que se mantenga por largos períodos de tiempo.
- La falta de refuerzos inmediatos visibles (ej.: prevención de complicaciones a largo plazo).
- La falta de comunicación efectiva con los profesionales de la salud.
- Altos costos del cuidado.

Como se ha ido explicitando, el tema de la adherencia terapéutica constituye un núcleo fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus, sobre todo si se tiene en cuenta que del logro de comportamientos responsables hacia la enfermedad depende en gran medida la calidad de vida y la supervivencia de este tipo de paciente. En este sentido, constituye una demanda, más que práctica asistencial, la exploración de esta variable en cualquier intento de atención integral para la enfermedad.

Epígrafe 2. Factores psicosociales de la diabetes mellitus.

2.1 Impacto psicológico de la diabetes mellitus como enfermedad crónica.

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto emocional significativo en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, el historial familiar de diabetes, mitos o información contradictoria y hasta por como se presenta la información. (Edelwich y Brodsky, 1998, citado en Jiménez y Dávila, 2007).



Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes. Las personas con diabetes mellitus tipo 1 por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (ej. cetoacidosis), lo cual tiene un impacto significativo en términos de la percepción de su salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento (Jiménez y Dávila, 2007).

Cuando se produce en la etapa infantil provoca disfuncionalidad familiar. Aparecen sentimientos de culpabilidad y ansiedad, incompetencia y desvalimiento, temores frente a futuras complicaciones y probabilidad de muerte temprana (Castillo, 2008).

En los adolescentes se agrava el cuadro típico emocional de esta etapa, pues aumenta el control sobre este y generalmente hay un daño autovalorativo importante. En este sentido es vital el manejo adecuado de la familia pues estos pacientes pueden continuar su vida normal, ir a fiestas, bailar, solo que de manera regulada (Castillo, 2008).

La diabetes mellitus tipo 2 por lo general se diagnostica en visitas al médico rutinarias, o por quejas somáticas (ej. cansancio, visión borrosa), y la percepción del paciente sobre la seriedad del diagnóstico puede ser menor por la menor severidad de los síntomas y el tratamiento menos invasivo (Jiménez y Dávila, 2007).

De esta forma, en los adultos, la respuesta psicológica esta condicionada por cuatro elementos fundamentales (Castillo, 2008):

1. Forma en que se comunica el diagnóstico: es imprescindible que el diagnóstico este corroborado porque muchas veces se da a conocer cuando no hay certeza aún y ocurre entonces una iatrogenia.
2. Aceptación y adaptación a la enfermedad, esta a su vez atraviesa por cuatro fases:
 - ✓ Paciente se niega a aceptar el diagnóstico, no confía en el especialista.
 - ✓ Acepta la enfermedad, exagera las consecuencias negativas, hay un daño autovalorativo.



- ✓ Reconoce y acepta la enfermedad y empieza a buscar vías compensatorias.
- ✓ Aceptación del tratamiento e introducen reajustes necesarios en su estilo de vida.

3. Temor a las complicaciones.

4. Cumplimiento del tratamiento.

La comunicación del diagnóstico de la diabetes siempre genera crisis emocionales (fundamentalmente por los prejuicios, falta de información que existe, etc.).

Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente con diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Jiménez, y Dávila, 2007).

2.1.1 Necesidad de ajustes en el estilo de vida del paciente diabético.

El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en los pacientes por dos razones. En primer lugar, la reacción emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable que durará toda la vida y, en segundo lugar, los ajustes en el estilo de vida que impone esta enfermedad (Brannon y Feist, 2001).

Brannon y Feist (2001) expresan que el debut de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que influye en el comportamiento y estilo de vida habitual de la persona.

Una característica que diferencia la Diabetes Mellitus del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, asumiendo el máximo de responsabilidades que, con seguridad, van a implicar decisiones sobre determinados aspectos del tratamiento, lo cual influye en su calidad de vida, a la que se le atribuyen entonces ajustes para la optimización de la misma.



Muchos pacientes refieren sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y frecuentemente están poco motivados para completar las tareas de autocuidado. Estos hallazgos son consistentes en toda la bibliografía científica, y están asociados con el deterioro en la calidad de vida.

Ballester (1993) plantea que el estrés psicológico que la enfermedad produce es muy difícil de evaluar por cuanto el estrés asociado a la enfermedad puede evidenciarse solo a partir de ciertas manifestaciones emocionales, tales como ansiedad, depresión, ira, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto y otros estados afectivos negativos (Vinaccia *et al.*, 2004 citado por Castillo, 2008).

Los ajustes que produce la diabetes provienen de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y adaptación de la persona. Es posible que el paciente tenga que afrontar hospitalización, separación prolongada de su familia y amigos, dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal y un futuro inseguro e imprevisible, incluida la posibilidad de la muerte (Brannon y Feist, 2001).

Evidentemente, la adaptación a la enfermedad depende también del ecosistema del paciente, el cual está constituido por su contexto físico, personal (familia, amigos, referentes significativos, etc.) y sociocultural (normas, valores, recursos económicos y sociales, etc.). Dichos factores ambientales suelen tener un impacto importante en todos los aspectos de la enfermedad, en su aparición y características, el modo como se percibe, el significado que tiene para la persona y las respuestas adaptativas para afrontar la enfermedad (Vinaccia *et al.*, 2004).

2.1.2 El apoyo social y familiar.

Una vez que el paciente diabético recibe el diagnóstico, tiende a cursar el período inicial con afrontamientos emocionales inadecuados, vivenciando procesos de labilidad afectiva con predominio de emociones negativas que van desde la depresión, la ansiedad, sentimientos de desesperanza y/o minusvalía, hasta baja autoestima, estados que influyen e interfieren



en la adecuada representación de la enfermedad y en el desarrollo de estilos de afrontamiento que tributen a su calidad de vida (Rodríguez, V., Solano, G. y Sumaya, G. 2003).

En este sentido, cobra especial relevancia la categoría apoyo psicológico, principal herramienta externa que necesita el paciente diabético para afrontar con mayor efectividad el curso de su enfermedad. El apoyo psicológico debe proporcionar un equilibrio emocional que le permita al paciente aceptar su padecimiento, tener conductas saludables y desmitificar las creencias asociadas a la enfermedad.

Ramos, en el 2004, define el apoyo psicológico como “toda atención realizada a aspectos emocionales y psicosociales de la persona que lo requiere y coordinada con la atención física precisa”. El objetivo es paliar la dureza en la vivencia de la situación en si, favoreciendo la pronta recuperación tanto física como psicosocial de la persona.

El paciente diabético exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilia en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Como enfermedad crónica, la diabetes es un evento estresante, con evidencias de ser emocionalmente difícil para el enfermo. De acuerdo con diversos autores dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares. Se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación (Meraz, 2005, citado por Castillo, 2008).

El apoyo social asume una función de enfrentamiento activo en el que el apoyo puede sostener la actividad de enfrentamiento. Es decir, desempeña un papel importante tanto en la promoción de salud y la prevención de enfermedades como en la mejoría, restablecimiento u optimización de la salud, una vez que el individuo enfermó.

La diabetes no es una enfermedad que afecta únicamente a la persona que la padece, sino a toda la familia, a los amigos (Brannon y Feist, 2001); por lo que uno de los predictores con



más peso de la adherencia al tratamiento es el grado de ese apoyo social que se tiene por parte de los amigos y la familia, pero incluso este factor no está invariablemente relacionado con el grado de cumplimiento. En general las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir el consejo del médico (Brannon y Feist, 2001).

Una de las funciones esenciales de la familia constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran ante cualquier situación que la vida así lo exija (Herrera, 2007). Los familiares que más conocimientos tienen sobre la diabetes son los que aportan más apoyo al enfermo. Es importante que las personas próximas al diabético conozcan la enfermedad y el tratamiento, tanto para facilitar la adhesión del paciente al mismo como para ayudarlo en las ocasiones en que este lo necesita (Meraz, 2005, citado por Castillo, 2008).

2.1.3 La enfermedad como acontecimiento estresante.

En la literatura científica existen múltiples definiciones del estrés y sus efectos sobre la salud. Lazarus y Folkman (1986) han definido el estrés como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Más explícitamente, los autores señalados han declarado que: el estrés no se genera por causa del individuo ni del entorno, sino que es consecuencia de la interacción entre ambos (1986, citado en Zaldívar, 2002).

Zaldívar, teniendo en cuenta su experiencia y tomando en consideración los trabajos de Lazarus y Folkman, denomina el estrés como un estado vivencial displacentero, sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales, objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control (Zaldívar, Guevara y Roca, 1996).



Es conocido que las demandas cotidianas del ambiente y del propio tratamiento como condiciones generadoras de estrés, pueden desestabilizar el control glucémico del diabético, por la dificultad fisiológica del organismo para contrarrestar la descarga hormonal resultante, así como por la respuesta conductual al estrés en forma de comportamientos incompatibles con aquellos implicados en el tratamiento, tales como sedentarismo, abandono de la dieta, consumo excesivo de alcohol; entre otros (Castillo, 2008).

Unido a esto está la condición del diabético, la cual impone una serie de potenciales estresores adicionales específicos. La primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético, se relaciona con la complejidad y las demandas diarias del tratamiento, además del grado de responsabilidad que se le exige respecto al manejo de su enfermedad, el dominio de destrezas que ello implica y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas suponen tareas difíciles de afrontar, y el contexto social cuyas condiciones, generalmente presumen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento.

A esto se le adiciona la posibilidad de aparición de un episodio hiperglucémico, la presencia de complicaciones de la enfermedad, la incertidumbre y el temor a las posibles complicaciones, unido a los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia, inexplicados; así como la forma en que el paciente perciba la enfermedad.

Las características específicas de la crisis determinan los problemas de adaptación a la enfermedad y dificultan el uso de estrategias apropiadas de afrontamiento para asimilar y acostumbrarse a los cambios repentinos que se deben asumir. (Brannon y Feist, 2001).

Así pues, el estrés es un proceso de valoración de los acontecimientos en cuanto perjudiciales, amenazantes o desafiantes, y de valoración de los recursos disponibles y eficientes para afrontar tales acontecimientos.

2.1.4 Estrategias de afrontamiento a la enfermedad.

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. Desde esta perspectiva se reconoce que la enfermedad como acontecimiento potencialmente estresante impone al paciente la adopción de estrategias de afrontamiento (Castillo, 2008).

Evidentemente, la adaptación a la enfermedad depende también del ecosistema del paciente, el cual está constituido por su contexto físico, personal (familia, amigos, referentes significativos, etc.) y sociocultural (normas, valores, recursos económicos y sociales, etc.). Dichos factores ambientales suelen tener un impacto importante en todos los aspectos de la enfermedad, en su aparición y características, el modo como se le percibe, el significado que tiene para la persona y las respuestas adaptativas a la enfermedad (Vinaccia *et al.*, 2004).

Los ajustes que produce la enfermedad provienen de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y adaptación de la persona. Es posible que el paciente tenga que afrontar hospitalización, separación prolongada de su familia y amigos, aparición de otras enfermedades, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal y un futuro inseguro e imprevisible, incluida la posibilidad de la muerte (Brannon y Feist, 2001).

Es un proceso dinámico, con líneas de retroalimentación, lo cual significa no solo que las respuestas de afrontamiento son función de la naturaleza de la enfermedad como acontecimiento estresante, de los recursos que el individuo tiene disponibles, y de la situación misma en la que se produce la enfermedad, sino que también son función de las propias respuestas del afrontamiento que se vayan dando a lo largo del proceso (Sabrina, 2008).

La persona enferma como ser bio-psico-social, sus características de personalidad, los estados cognitivos, emocionales y volitivos que lo caracterizan, median la experiencia de la enfermedad como estrés y pueden considerarse recursos psicológicos. Es importante apuntar que desde la perspectiva de las respuestas de afrontamiento intrapsíquicas se ha podido establecer un continuo en el que los sujetos se distribuyen entre dos polos: la atención y la evitación- represión del acontecimiento estresante.



Las personas con enfermedades crónicas como la diabetes tienden adoptar una serie de estrategias de afrontamiento para tratar sus enfermedades, incluyendo el auto-reproche, inhibición de la acción, búsqueda de información y de apoyo social, intentos para centrarse en aspectos positivos y distanciarse emocionalmente de su propia enfermedad (Castillo, 2008).

En muchos pacientes, los síntomas de ansiedad y depresión son el resultado de una inadecuada adaptación a la enfermedad, a la que contribuyen la frustración social (que incluye un apoyo social escaso) y el incremento del estrés, junto con una capacidad de afrontamiento insuficiente (Wasserman y Trifonova, 2007).

La efectividad de las estrategias de afrontamiento del paciente es esencial para superar de manera eficaz las situaciones estresantes y la propia enfermedad. Algunos autores aseguran que el estilo de afrontamiento es el factor principal para la adaptación del paciente. Las estrategias efectivas pueden proteger de los efectos adversos del estrés y, por lo tanto, se relacionan con la adaptación psicosocial y con la salud física y mental. La evaluación del estilo de afrontamiento es necesaria para prevenir adecuadamente las alteraciones psicosociales, la falta de adhesión y la descompensación metabólica de la diabetes (Wasserman y Trifonova, 2007 citado por Castillo, 2008).

2.2 Repercusión emocional de la diabetes mellitus.

Todo proceso psicológico encierra una experiencia emocional, de ahí que el manejo de las emociones esta directamente asociado a la capacidad de autorregulación de la personalidad y por ende a su desarrollo.

La evaluación del papel de las emociones en la salud humana se ha caracterizado por el reconocimiento de dos polos de la respuesta emocional que se dividen según la experiencia hedónica que proporcionan: las emociones negativas y las emociones positivas. El término emociones negativas se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como la ansiedad, la ira y la tristeza, que han sido las más estudiadas.



Por su parte, las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría y la felicidad. Hoy en día existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla (Fernández - Abascal y Palmero, 1999; Spielberger y Moscoso, 1996; Grau, Martín, Portero, 1993; Grau y Martín, 1993 citado por Molerio, 2004).

Los cambios emocionales y de comportamiento se originan en el diabético desde el momento de recibir el diagnóstico hasta que logra aceptar la enfermedad y se lleva un control de la misma. Estos cambios emocionales tienen relación con la manera de afrontar la enfermedad con sus características de personalidad, la percepción de su entorno familiar y su círculo social y cultural.

La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, etc.) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad (Castillo, 2008).

En la mayoría de los casos existe una incertidumbre acerca de la situación inmediata, sentimientos de culpabilidad y ansiedad respecto de la aparición de la diabetes, sentimientos de incompetencia y desvalimiento en relación con la responsabilidad del manejo de la enfermedad, temores frente a futuras complicaciones, pérdida de aspiraciones y el reconocimiento de un cambio en el comportamiento familiar a causa de la enfermedad. Debido a lo anterior puede aparecer con facilidad la depresión, el temor, la ansiedad, negación y rechazo a la enfermedad, sentimientos y pensamientos de muerte, conflictos de dependencia-independencia, disminución en el interés sexual, manipulación, sobreprotección, demanda exagerada de atención, agresividad, autoagresión, miedo al abandono, hostilidad, autoestima devaluada, necesidad de aprobación y atención (Rodríguez, Solano y Sumaya, 2003).



2.2.1 El funcionamiento emocional del paciente diabético.

El funcionamiento emocional se puede definir como la coexistencia en el sujeto de estados emocionales positivos y negativos, que tienden a la estabilidad, pero que se caracterizan por su dinamismo, a partir de las relaciones de éste con su entorno y del propio dinamismo de la personalidad.

Se ha determinado que las características de la personalidad influyen en el control de la glicemia en diabéticos tipo 2. La tendencia de los pacientes a experimentar menos emociones negativas y el enfocar las necesidades de los demás ante de las de ellos mismos demostró ser un factor de riesgo para el inadecuado control de la glicemia. Los peores controles de la glicemia se han asociado con ansiedad, depresión, rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad. Así mismo, se ha observado una mayor propensión a experimentar emociones negativas, gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés. (Lane, 2000).

En este sentido, se han realizado estudios de la ansiedad en el paciente diabético. La ansiedad es una de las emociones más comunes que aparece cuando el individuo percibe o interpreta un estímulo o situación como peligroso o amenazante, independientemente de la amenaza real, facilitando la respuesta individual y preparándole para una acción defensiva o evitativa. El estado de ansiedad se define como una reacción emocional que tiene lugar cuando el individuo percibe una situación o estímulo como amenazante (Castillo, 2008).

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés. (Harrison *et al.*, 1987 citado por Chavey y Dávila, 2007).

Numerosos estudios han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Paschalides *et al.*, 2004 citado por Chavey y Dávila, 2007). Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas



aumentan el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y / o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida.

La depresión es otro de los estados emocionales que comúnmente se asocia a la ansiedad aunque cotidianamente se le ha denominado con términos como tristeza, melancolía. La depresión constituye un trastorno afectivo en el que se presenta un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Pueden aflorar pensamientos de muerte o suicidio, así como intentos de suicidio, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Algunas investigaciones han logrado confirmar la asociación entre depresión y mal control de la glicemia lo que sugiere que el tratamiento de la depresión puede ser beneficioso en el control de la hiperglucemia, causa primaria en la aparición de complicaciones en pacientes con diabetes (Lustman, 2000). Además, se ha demostrado que la persistencia de síntomas depresivos está presente en un sustancial número de personas con diabetes. La presencia de complicaciones y otros factores biológicos pueden estar asociados tanto con la persistencia como con el inicio de sintomatología depresiva (Ayuso, 2004).

La diabetes mellitus como enfermedad crónica también se relaciona con el estrés. Este es concebido desde un modelo transaccional, no como estímulo, ni como respuesta; sino como relación persona - entorno, como "transacción": Es decir como la acción recíproca producida entre un acontecimiento estresor y un sujeto susceptible.



Otra de las emociones que se asocia al descontrol del paciente con diabetes mellitus tipo 2 es la ira. Fernández-Abascal (1995, citado por Molerio, 2004) precisa una serie de características de la ira, describiéndola como una respuesta de baja predictibilidad y alta sorpresividad, en la que se obstruye la obtención de un resultado bien valorado y muy probable, y en la que el agente causal es otro y hay un cierto grado de intencionalidad tras el hecho.

El papel de las implicaciones fisiológicas adversas de la ira, la ansiedad, la depresión y el estrés es innegable. Todos estos estados emocionales, cuando son crónicos, pueden hacer que las personas sean más propensas a una serie de enfermedades. Pero si la perturbación emocional crónica en sus diversas formas es nociva, la variedad opuesta de emociones puede resultar beneficiosa.

Investigaciones indican que las emociones positivas no son frecuentes en pacientes diabéticos, teniendo en cuenta que focalizan mucho la atención en la parte negativa de la enfermedad. Las emociones positivas ayudan a sobrellevar la enfermedad y favorecen el proceso de recuperación, pero por sí solas no logran mejorar a la persona si estas no se proponen afrontar de manera diferente su propia enfermedad.

3. Necesidades Psicoeducativas: conocimiento necesario para la atención del paciente diabético.

Diferentes autores hacen referencia a algunas definiciones en que se analiza la necesidad como falta o ausencia de algo, de carencias, se les considera un estado negativo, de ansiedad, de insuficiencia del sujeto, que solo van a desaparecer y alcanzar su estado positivo cuando se encuentre el objeto que las va a satisfacer (Quevedo, 2007).

Sin embargo, si asumimos el enfoque histórico cultural, defendido por el psicólogo L.S. Vigostky, como el paradigma más abarcador en cuanto al estudio de las necesidades tendríamos que tomar en cuenta la posición de Bozhovich (1979), que plantea que el estudio de la necesidad como carencia es aplicable a las necesidades primarias del hombre, no así a las superiores o espirituales.



La necesidad como búsqueda es reflejada como una forma cualitativamente nueva de necesidad - su forma psíquica-, cuando el individuo se ve impulsado a la acción no por falta de algo, sino por la búsqueda de una nueva sensación, la posesión o el logro de algo (Rosales, 2005, citado por Quevedo, 2007).

Las personas se motivan entonces para aprender cuando descubren necesidades que pueden llegar a satisfacerse mediante la educación dirigida hacia situaciones concretas de la vida real. La metodología más importante a emplear para la educación de las mismas es el análisis de la propia experiencia, teniendo muy en cuenta que las diferencias individuales son considerables a una determinada edad y cada cual tiene su estilo de aprendizaje. En la actualidad estamos ante la necesidad de reconocer cada vez más la importancia de crear oportunidades educativas para la población.

Entendemos entonces la importancia del estudio de las necesidades pues estas conducen a la orientación del hombre en el medio que le rodea. Atender entonces a las necesidades de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus, proporciona mejor funcionamiento y bienestar para estas personas. Esta investigación es efectiva en el proceso de proyección, organización y cumplimiento de las acciones que se propongan para la mejora de las condiciones de salud donde se involucra tanto el paciente como las redes de apoyo social.

Dentro de las necesidades superiores están las psicoeducativas. Estas, no se pueden concebir como carencia, sino como búsqueda, posesión de algo, una búsqueda constante para el aprendizaje permanente y que generalmente promueven a la acción encaminada al mejoramiento humano, así como la calidad de vida de los pacientes.

Entendemos como necesidades psicoeducativas: El estado de carencia sobre patrones informativos, comunicativos o educativos, que presenta un individuo o un grupo, referente a determinado tema; unido a condicionantes psicológicas propias de cada persona como sus creencias, sus valores, la representación social que posea ese individuo sobre dicho tema, su nivel de conocimiento sobre el mismo y hasta su percepción de riesgo, en caso de que la necesidad esté relacionada con algún factor de riesgo. (Gaona, B.; Fernández, T; Martínez, C y Ramos, B.)



Se da mayor reconocimiento al hecho de que las personas responden a la diabetes de manera muy diferente. Como dice Polaino y Gil (1990, citado en García, 2004) frente a la enfermedad, cada persona reacciona de una forma muy personal y, por tanto, muy diferentes de unos a otros. Algunas personas responden bastante bien mientras que otras están constantemente enfermas y con numerosos problemas de adaptación, ya que el buen control de la diabetes se cree que previene o disminuye las complicaciones severas a lo largo de la vida (Cahill *et al.*, 1976 citado en García, 2004).

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la misma. Las personas que sufren de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

Educar a un paciente diabético es ofrecerle la oportunidad de adquirir una mejor calidad de vida y sentirse libre, aun frente a las limitaciones que el tratamiento supone en su actividad cotidiana, mediante la educación y el autocontrol debe enfrentarse al crónico desafío que representa su dolencia (López, 2008).

Para que el tratamiento sea efectivo en estos pacientes, debemos impartirles los conocimientos necesarios de tal manera que los asimilen y queden convencidos de que le son útiles. Para que esto ocurra, no basta con las buenas intenciones del equipo educativo, es el paciente que debe ir a las charlas convencido de esto y de lo que se le ha trasmitido.

Un paciente educado comprende que los conocimientos son para él y para que aprenda a cuidarse, teniendo en cuenta las características personalógicas de cada individuo, la edad, la forma de asimilar ese conocimiento. Esto le da la oportunidad de comprender que el médico



no es el único responsable de mantener el buen control de su enfermedad, lo que lleva a que el paciente asuma responsablemente la misma.

A partir de lo dicho anteriormente, podemos entender que se busca, no solo transmitir conocimientos, sino modificar actitudes, cambiar estilos de vida, además que va dirigida a familiares y pacientes, valorando las necesidades que sobre educación diabetológica precisan, y abordando temas de interés para todos.

Se busca también la comprensión y adhesión al tratamiento, así como en los cambios clínicos, bioquímicos y terapéuticos (García y Suárez, 2006).

Hay necesidad de que los médicos y los familiares integren el apoyo emocional en la educación y dirección de esta enfermedad porque, si bien el conocimiento puede ser una condición necesaria para un adecuado cuidado de la salud, éste no es condición suficiente: el paciente puede saber lo que tiene que hacer, pero no cómo hacerlo (García, 2004). El médico y el equipo diabetológico debe preparar a la familia y al paciente, ante los efectos emocionales estresantes derivados de una crisis tratando de minimizar las consecuencias físicas o emocionales y ofreciendo alternativas que establezcan nuevas bases desde las que afrontar esas consecuencias.

Todo lo anterior solo es posible si se conoce con precisión y profundidad que necesidades en el orden psicoeducativo están presentes en este tipo de pacientes, de lo contrario cualquier acción interventiva carecerá de sentido y pertinencia, toda vez que dejará de responder a las principales carencias en el orden de manejo de la enfermedad que los pacientes diabéticos poseen.

Capítulo II :

Marco referencial metodológico



En el presente capítulo se describe la concepción metodológica que sustenta la investigación. En el mismo se analizan las características de la muestra y los criterios empleados para su selección. De igual manera, se ofrece información sobre las variables psicológicas y clínicas exploradas así como las técnicas empleadas para su evaluación. Finalmente se define el procedimiento utilizado para el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y los principios éticos de la investigación.

2.1 Diseño Metodológico.

La presente investigación se concibe desde un enfoque mixto, alternativa que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder al planteamiento de un problema (Creswell, Mertens, Williams, Unrau y Grinnel, 2005, citados en Hernández, Fernández- Collado y Baptista, 2006).

En el caso de la presente investigación se asume **el diseño de enfoque dominante o principal**. En este modelo, el estudio se desarrolla bajo la perspectiva de alguno de los enfoques, el cual prevalece, y se mantiene un componente del otro enfoque. **Resulta la perspectiva cuantitativa**, la que predomina en la concepción científica de nuestra investigación por permitir mayor representatividad de los sujetos investigados. Sin embargo, se complementa con el componente cualitativo por el enriquecimiento de la información y la profundidad de los análisis que esta perspectiva posibilita.

Desde esta alternativa metodológica, se diseña un estudio descriptivo cuyo propósito consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos. Buscan especificar propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989 citado por Hernández, Fernández- Collado y Baptista, 2006). Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.



Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas (Hernández, Fernández- Collado y Baptista, 2006). Son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

2.2 Selección de la muestra.

La muestra utilizada estuvo integrada por pacientes que acuden al Centro de Atención al Diabético de la Provincia de Sancti Spíritus. Este centro presta sus servicios a pacientes diabéticos (tipo 1 y tipo 2) ya sea en el debut de la enfermedad o en periodos de descontrol metabólico. Además tiene entre sus funciones el seguimiento y control de los mismos.

La muestra se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico incidental casual, llevado a cabo en el período comprendido entre febrero y abril del 2011. Para su selección se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión que a continuación se declaran:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de diabetes Mellitus tipo 2.
- Edad comprendida entre 30 y 80 años.
- Ausencia de alteraciones psíquicas a nivel psicótico o defectual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Escolaridad mínima de 6to grado para garantizar que los pacientes estuvieran en condiciones de responder a los instrumentos de evaluación.
- Ausencia de tratamiento psicofarmacológico pues los efectos del mismo podrían viciar los resultados.
- Consentimiento informado.

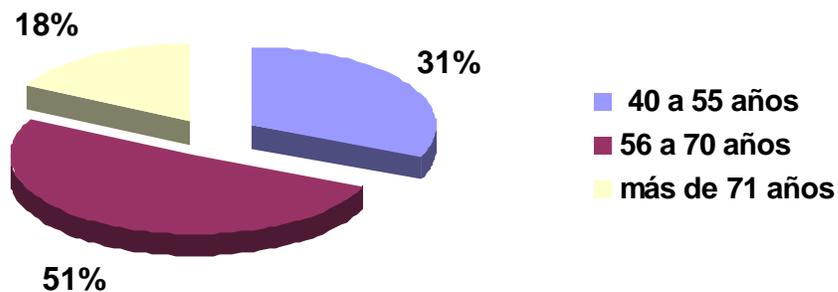


Criterios de exclusión:

- Pacientes que acudían a este servicio pero no que cumplieran los criterios antes definidos.

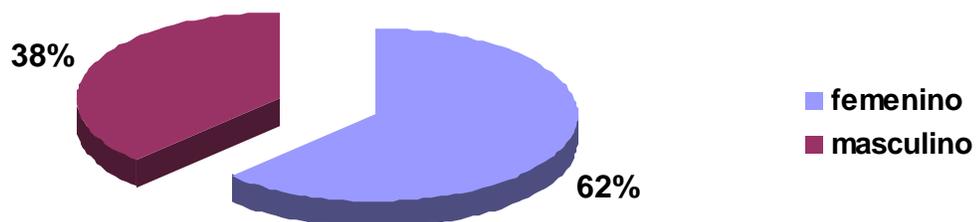
A partir de los criterios descritos anteriormente quedó conformada la muestra por un total de 80 pacientes cuya caracterización sociodemográfica y clínico se muestra a continuación:

Gráfico 1. Distribución muestral según la edad.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

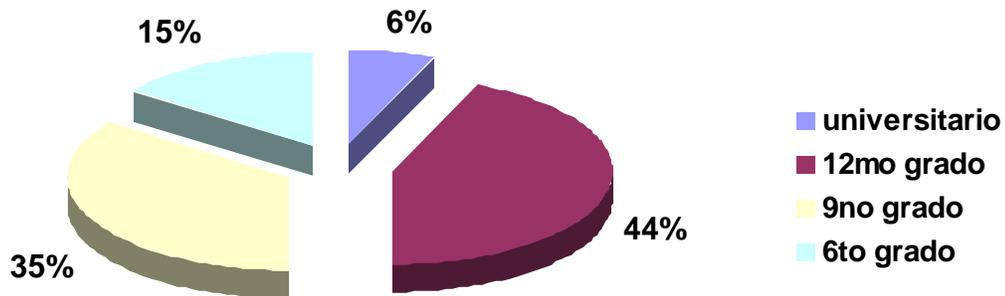
Gráfico 2. Distribución muestral según el sexo.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

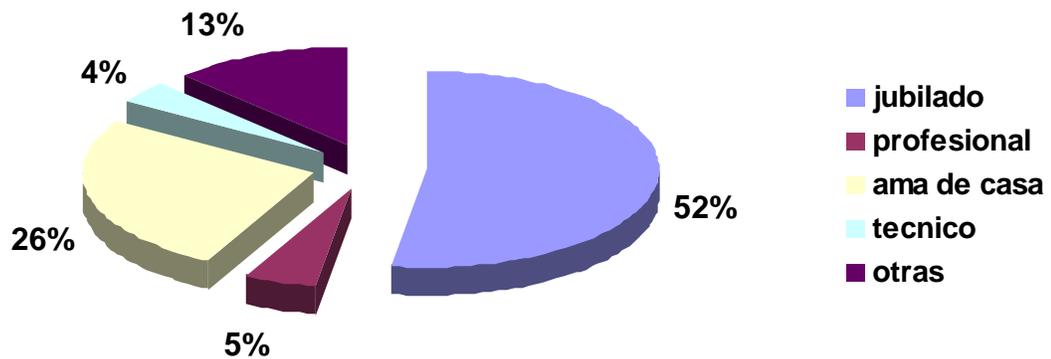


Gráfico 3. Distribución muestral según el nivel de escolaridad.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

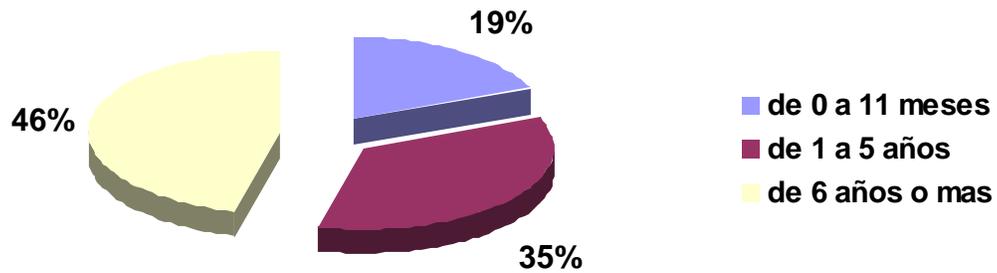
Gráfico 4. Distribución muestral según la ocupación.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

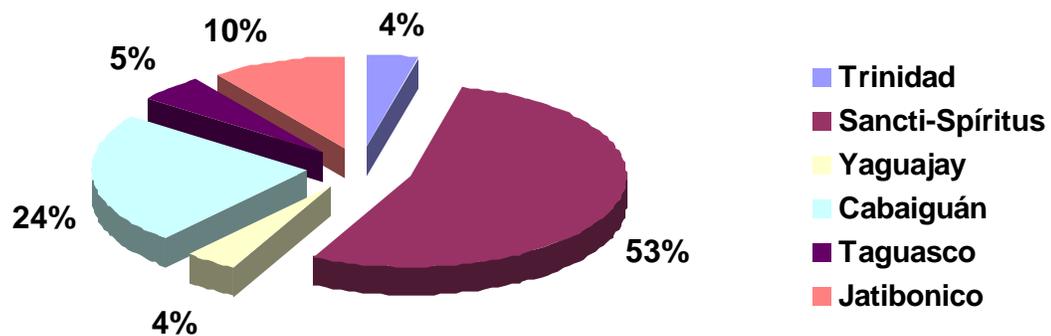


Gráfico 5. Distribución muestral según el tiempo de evolución de la enfermedad.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

Gráfico 6. Distribución muestral según el lugar de procedencia.



Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.



2.3 Operacionalización de las variables objeto de estudio:

Variables psicológicas:

Definición conceptual

Necesidades Psicoeducativas: Estado de carencia sobre patrones informativos, comunicativos o educativos, que presenta un individuo o un grupo, referente a determinado tema; unido a condicionantes psicológicas propias de cada persona como sus creencias, sus valores, la representación social que posea ese individuo sobre dicho tema, su nivel de conocimiento sobre el mismo y hasta su percepción de riesgo, en caso de que la necesidad esté relacionada con algún factor de riesgo (Gaona, B.; Fernández, T; Martínez, C y Ramos, B.).

Definición real

Necesidades Psicoeducativas: son aquellas necesidades percibidas por los pacientes diabéticos, de tipo psicológico (por ejemplo, manejo del estrés y estilos de afrontamiento asociados a la enfermedad, el manejo de emociones displacenteras como la ansiedad, la depresión, la ira) y clínicas (por ejemplo control de los cambios clínicos y bioquímicos, el control de síntomas como la polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, así como la adhesión al tratamiento) ante las cuales los diabéticos demandan apoyo, atención e información por parte de los especialistas con los que interactúan.

Definición operacional

Indicadores:

- Grado de conocimiento y destrezas asociadas al manejo de la diabetes.
- Comportamientos de riesgo asociados a la enfermedad.
- Principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad.
- Adherencia terapéutica.
- Estresores asociados a la enfermedad
- Manejo del estrés y de la emociones.
- Apoyo social y familiar.
- Apoyo de los especialistas de salud.



- Habilidades de automonitoreo.

Tabla 1: Indicadores de evaluación de las variables psicológicas y técnicas empleadas para su evaluación.

	Indicadores de evaluación	Técnicas de evaluación empleadas
Necesidades Psicoeducativas	Grado de conocimiento y destrezas asociadas al manejo de la diabetes.	Cuestionario de conocimientos de la enfermedad. Entrevista Psicológica Individual. Cuestionario de necesidades psicoeducativas
	Comportamientos de riesgo asociados a la enfermedad.	Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad. Entrevista Psicológica Individual. Cuestionario de necesidades psicoeducativas
	Principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad.	Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad. Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.
	Adherencia terapéutica.	Cuestionario de Adherencia Terapéutica. Entrevista Psicológica Individual.
	Estresores asociados a la enfermedad.	Entrevista Psicológica Individual.
	Manejo del estrés y de la emociones.	Entrevista Psicológica Individual.
	Apoyo social y familiar.	Entrevista al Familiar. Entrevista Psicológica Individual.
	Apoyo de los especialistas de salud.	Entrevista a Especialistas de Salud. Entrevista Psicológica Individual.
	Habilidades de automonitoreo.	Exámenes de laboratorio (glucemia, colesterol y triglicéridos). Revisión de la Historia Clínica.



Variables clínicas:

Por su parte la evaluación de las variables clínicas se llevó a cabo mediante los exámenes de laboratorio. Atendiendo a los parámetros de control establecidos para esta enfermedad. Las variables clínicas estudiadas fueron:

- *Triglicéridos*: Grupo de compuestos orgánicos existentes en la sangre que consisten en ésteres formados por 3 moléculas de ácidos grasos y una molécula de alcohol glicérico.
- *Colesterol*: alcohol esteróidico complejo que participa en la estimulación de algunas lipoproteínas plasmáticas y a su presencia en exceso se atribuye la génesis de la aterosclerosis.
- *Glucemia en ayuna*: Presencia de glucosa en plasma después de la ayuna de ocho horas.
- *Glucemia postprandial*: Presencia de glucosa en plasma dos horas después de la ingestión de alimentos.
- *Grado de control metabólico*: Estado de compensación de los indicadores clínicos antes descritos, especialmente de los niveles de glucemia en plasma.

Los índices de normalidad y descompensación de estos parámetros clínicos se reflejan en la tabla siguiente:



Tabla 2: Patrones de control metabólico de la enfermedad.

Parámetros	Óptimo	Aceptable	Inadecuado
Glucemia basal y preprandial (mmol/l)	< 6.1	≥ 6.1 - < 7	≥ 7
Glucemia postprandial 2 h (mmol/l)	< 7.8	≥ 7.8 - < 10	≥ 10
HbA1c (%)	< 6.0	< 6.5	> 7
Colesterol Total (mmol/l)	< 4.8	≥ 4.8 – < 5.2	≥ 5.2
Triglicéridos (mmol/l)	<1.7	≥1.7 - ≤ 2.2	≥ 2,3
Tensión Arterial Sistólica	<130	≥ 130 - <140	≥ 140
Tensión arterial Diastólica	< 80	≥ 80 - < 90	≥ 90

Fuente: Materiales del Centro Provincial de Atención Integral al paciente diabético. Sancti-Spíritus.

2.4 Descripción de instrumentos y técnicas utilizados en la investigación.

1. Revisión de la Historia Clínica. (Anexo 2)
2. Entrevista a Especialistas de Salud. (Anexo 3)
3. Cuestionario sobre necesidades psicoeducativas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Anexo 4)
4. Entrevista Psicológica Individual. (Anexo 5)
5. Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad. (Anexo 6)
6. Entrevista Clínica centrada en la enfermedad. (Anexo 7)
7. Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad. (Anexo 8)



8. Entrevista al Familiar. (Anexo 9)

9. Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad. (Anexo 10)

10. Cuestionario de Adherencia Terapéutica. (Anexo 11)

▪ Análisis de la Historia Clínica:

Este método ha sido propuesto por B. S. Bratus y B. V. Zeigarnik en 1976. Estos autores parten del principio que estipula el carácter de documentos psicológicos y no sólo médicos que poseen las historias clínicas, pues en ellas se resume el camino vital del enfermo, los métodos y medios de actuar típicos, los modos de comunicación, la solución de conflictos, el círculo de interacciones del enfermo con la familia, en el trabajo, etc., además de las alteraciones en el curso de la enfermedad y después de ella (J. Grau, 1983). En las mismas se recoge una visión retrospectiva de la vida del sujeto cuando queda confeccionada con rigor y cuando se resume cuidadosamente su historia personal.

Procedimiento:

Luego de la presentación y explicación de la prueba, se procede a confeccionar la historia clínica a partir de un modelo construido y utilizado en investigaciones anteriores. A través de ellas se tratan de revelar los fenómenos psicológicos, posibles causas de las alteraciones, la evolución del paciente y rasgos de la personalidad que sean significativos por su carácter patologizante.

Materiales: Se emplea un modelo de historia clínica para la recogida de los datos.

Procesamiento de los datos: El análisis psicológico de la historia clínica consta de cuatro etapas fundamentales:

1.- Minuciosa familiarización con la historia clínica: Se hace con el objetivo de conocer y estudiar los detalles significativos donde se manifieste información relacionada con el surgimiento y desarrollo de las particularidades de la psiquis, así como destacar hechos clínicos relevantes en la posible etiología de las alteraciones de la personalidad.



2.- Reconocimiento de los momentos axiales: Se realiza un estudio minucioso de la historia clínica, resumiendo las situaciones, acontecimientos y condiciones que se repiten con similar repercusión psicológica a lo largo de la vida del sujeto.

3.- Calificación de los datos obtenidos respondiendo a conceptos de la ciencia psicológica: El investigador en esta etapa debe desmembrar las formas diversas de actividad de los sujetos, dar la caracterización psicológica de su estructura, descubrir las relaciones entre diferentes actividades aisladas, señalar las necesidades fundamentales del sujeto, sus motivos, el sentido personal de las mismas, o sea, descubrir las relaciones entre ellas, mostrar las estructuras jerárquicas de estas actividades que caracterizan la esencia de su personalidad.

4.- Creación de un modelo propiamente psicológico del fenómeno clínico dado, que explique las regularidades psicológicas de la conducta humana, buscando con tal explicación comprender su determinación, surgimiento y consecuencias en el desarrollo personal del individuo, así como distinguir las alteraciones primarias y secundarias de la psiquis.

- Entrevista a Especialistas de Salud.

Se trata de una entrevista semiestructurada dirigida a conocer las características generales de la diabetes como enfermedad crónica y el afrontamiento de los pacientes a la misma; la situación clínica de cada paciente y algunos elementos relacionados con su pronóstico y la conducta a seguir. Además persigue profundizar en algunos datos obtenidos de la revisión de la historia clínica de los sujetos de la muestra.

Calificación: Se realiza valorando cualitativamente la información obtenida.

- Cuestionario sobre necesidades psicoeducativas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Este cuestionario fue diseñado con el objetivo de identificar las principales necesidades psicoeducativas que poseen las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 desde su propia perspectiva, con la intención de tomarlas en consideración para el logro del manejo de su enfermedad. El mismo consta de preguntas que deben responder desde su valoración



personal, lo cual posibilita que emerjan aquellas necesidades sentidas que más inciden en las vivencias de la enfermedad. La calificación es cualitativa.

- **Entrevista Psicológica Individual.**

Es una técnica de investigación que constituye una de las herramientas más poderosas con que cuenta el psicólogo en su quehacer profesional. Su importancia está dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural rostro a rostro.

Dicha técnica no se instituye en una simple conversación, sino que es un intercambio comunicativo con una meta o propósito. El psicólogo debe tener clara cuál es la intencionalidad que persigue, y en este sentido servirá de hilo conductor para todo el proceso de la entrevista, con independencia de la flexibilidad con que esta pueda ser manejada.

Procedimiento: La esencia de este método consiste en una conversación, lo más natural posible con el entrevistado sobre las cuestiones que le interese explorar al investigador.

De acuerdo con la forma en que se realiza la entrevista, esta puede ser estructurada, semiestructurada y no estructurada. Para la entrevista al paciente elegimos la modalidad semiestructurada porque aun cuando se tiene una guía de temas a tratar ofrece la flexibilidad necesaria en el primer encuentro. De esta forma, el intercambio será elaborado de manera individualizada buscando motivar y comprometer con la investigación.

Los objetivos de la misma fueron: establecer una relación empática con los pacientes, explicar los objetivos de la investigación haciendo énfasis en los beneficios que la misma puede reportar. También fue un propósito de este intercambio obtener el consentimiento informado de los pacientes para iniciar la investigación, y conocer las vivencias relacionadas con su enfermedad.

Calificación: El análisis se realiza de forma cualitativa, aunque se tienen en cuenta la frecuencia de las respuestas que coinciden en una cantidad significativa de sujetos.



- Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.

Se trata de un cuestionario que consta de 16 preguntas de alternativas múltiples, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento que sobre la enfermedad poseían los pacientes en el momento del ingreso en el centro de atención y Educación al paciente diabético. El cuestionario consta de los siguientes indicadores:

Características y clasificación de la enfermedad

Descompensaciones

Tratamiento

Cuidado de los pies

Dieta

Ejercicio Físico

Autocontrol

La evaluación de los datos se realiza cualitativamente.

- Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.

Descripción: Se trata de una entrevista semiestructurada dirigida a conocer si las vivencias de los pacientes con respecto a la enfermedad. Los principales signos y síntomas, así como las habilidades adquiridas para el manejo de la misma. Incluye además una exploración de los mitos asociados a la enfermedad, así como de los factores de índole psicológicos considerados como precipitante en los episodios de descontrol metabólico.

Calificación: Se realiza valorando cualitativamente la información obtenida.

- Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad.

Consta de 23 ítems orientados a identificar la presencia de factores de riesgo no modificables y los factores de riesgo modificables. En este último caso se explora además su frecuencia y magnitud. La evaluación de los datos se realiza cualitativamente.



- Entrevista al familiar.

Esta entrevista se realiza con el objetivo de conocer qué criterios tiene el familiar sobre la enfermedad del paciente, cuánta información posee y cómo ha reaccionado ante la enfermedad. Además se enfoca en explorar la historia de la enfermedad actual del paciente, aporta datos que pueden resultar significativos en cuanto a la dinámica de la vida social, familiar y laboral del sujeto estudiado, así como su personalidad pre-mórbida, antecedentes patológicos familiares, etc. Así mismo aporta la visión del familiar sobre aquellas necesidades que tenga identificadas como vitales para el logro del apoyo familiar.

Calificación: El análisis es puramente cualitativo y sus resultados permiten corroborar la información obtenida en otras técnicas.

- Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad (M. Álvarez y colaboradores)

Este cuestionario fue diseñado para investigar los estilos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados. El mismo consta de 22 ítems que exponen algunas de las conductas más usadas para enfrentar enfermedades por los pacientes, para lo cual se les pide que indiquen aquellas que más usan en el presente (con una cruz) y cuáles empleaban antes de enfermarse (con un círculo).

Calificación: La calificación se realiza cualitativa y cuantitativamente según la frecuencia con que son marcados los ítems., los mismos se agrupan en diferentes escalas:

- Reacción emocional: 5, 7, 13, 21.
- Somatización: 15, 16, 17, 18, 19, 20.
- Negación optimista: 10, 11, 12.
- Afecto/distracción: 2, 6, 22.
- Información relevante: 1, 3.



- Cuestionario de Adherencia Terapéutica.

Se parte de un cuestionario elaborado por Molerio (2004), al cual se le realizan modificaciones de acuerdo a las particularidades de la Diabetes Mellitus como enfermedad objeto de estudio. Consta de 14 ítems en los cuales se le dan opciones al sujeto para que seleccione la respuesta que considere pertinente. Su interpretación es cualitativa.

2.5 Procedimientos:

La investigación de las variables psicológicas se realizó en 5 sesiones de trabajo. Mientras que la evaluación de las variables clínicas se realizó mediante el examen de laboratorio coincidente con la primera sesión de trabajo. La distribución de técnicas por sesiones se refleja a continuación:

Sesión 1:

- Revisión de la Historia Clínica.
- Entrevista a Especialistas de Salud.
- Exámenes de laboratorio (glucemia, colesterol y triglicéridos).
- Cuestionario sobre necesidades psicoeducativas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Sesión 2:

- Entrevista Psicológica Individual.
- Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.

Sesión 3:

- Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.
- Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad.

Sesión 4:

- Entrevista al Familiar.
- Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad al paciente.



Sesión 5:

- Cuestionario de Adherencia Terapéutica.

2.6 Procesamiento de los datos.

Una vez aplicados todos los instrumentos y técnicas se procedió al análisis de los resultados según los criterios propios de calificación e interpretación de cada una de las técnicas empleadas.

Análisis cuantitativo de los datos.

Los datos fueron analizados cuantitativamente utilizando la estadística descriptiva (análisis de frecuencia absoluta y por ciento), con ayuda del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 11. 5 para Windows Análisis.

Análisis cualitativo de los datos.

Para complementar los análisis, se realizaron interpretaciones cualitativas de las técnicas, con el objetivo de hacer más profundo y enriquecedor el mismo. Resultaban de interés las propias vivencias, reflexiones y verbalizaciones del sujeto durante los intercambios sostenidos. En este sentido se utiliza la triangulación como método fundamental para procesar datos cualitativos. En este caso se utilizaron la triangulación de fuentes, de datos y de técnicas, toda vez que se busca la recurrencia de la información desde diferentes perspectivas.

2.7 Principios éticos considerados en la investigación.

Durante toda la investigación se tuvieron en consideración los principios éticos de la ciencia psicológica. En primer lugar, se les explicó a los pacientes los objetivos e intenciones de la investigación, contando con su consentimiento para vincularlos a la experiencia investigativa. En todo momento fue respetada la confidencialidad de toda la información referida por los pacientes y se aseguró que en ninguno de los registros de información empleados figuraran sus nombres u otros datos personales.

Capítulo III :

Análisis de los resultados



En este capítulo se exponen los principales resultados obtenidos. Para facilitar su comprensión, los mismos se presentan en 2 epígrafes que se orientan a dar respuesta a los objetivos investigativos:

- Análisis por técnicas
- Análisis integral de los resultados.

3.1 Análisis por técnicas.

• Revisión de la Historia Clínica.

La revisión de este documento reveló información importante desde el punto de vista clínico, no así desde el punto de vista psicológico. No obstante, se considera un documento de valor por permitir un acercamiento a la realidad de cada paciente, al ofrecer información sobre la evolución y estado actual de los indicadores clínicos de la enfermedad. En este sentido, emergieron los siguientes analizadores:

Con relación a la historia de la enfermedad actual, pudimos conocer que la mayoría de los pacientes en el debut de la enfermedad vivencia los síntomas clásicos descritos en la literatura especializada, poliuria (73%), polidipsia (71%) y polifagia (69%). También se reflejan otros como el cansancio un 65%, náuseas un 47%, sudoración un 58%, irritabilidad y avidez por lo dulces 94%, así como lesiones en la piel y en las extremidades inferiores, además de la pérdida de peso un 85%.

La sintomatología más aguda se manifiesta en aquellos pacientes que llevan más tiempo de convivencia con la enfermedad, en quienes se agudiza el cuadro clínico apareciendo complicaciones relacionadas con otras enfermedades concomitantes.

De acuerdo a los factores de riesgo descritos por la literatura, dentro de los más vivenciados por los pacientes tanto en el debut como en el desarrollo de la enfermedad, se encuentran los antecedentes patológicos familiares destacándose el 41.25% de los pacientes objetos de estudio, que poseen factores hereditarios asociados a su enfermedad, donde más de un miembro de la familia padeció diabetes o falleció como resultado de las complicaciones de la



enfermedad, lo que crea una expectativa negativa en relación con su futuro favoreciendo desde el punto de vista psicológico emociones displacenteras como la depresión, ansiedad, la frustración y la irritabilidad, que se van estructurando y repercuten en el estado físico y psico-emocional del paciente influyendo en la posible evolución negativa de la enfermedad.

Con relación a los antecedentes patológicos personales y las enfermedades concomitantes, encontramos que existe una coincidencia con que predominan las enfermedades cardiovasculares (90%) como la hipertensión arterial con un 63.75%.

Otra de las enfermedades que más predomina en el grupo de pacientes estudiados son las respiratorias como el asma bronquial (2.5%), edema pulmonar (2.5%). Prevalecen padecimientos como la gastritis crónica (8.75%), la sepsis urinaria (7.5%), la soriasis con un 5%, la migraña (5%), el infarto cerebral (2.5%). En menor medida encontramos enfermedades como la artritis rematoidea 1.25%, várices (1.25%), prolapso uterino, osteoporosis, glaucoma, hepatitis y fibromialgia. Lo antes expuesto coincide con lo descrito teóricamente, toda vez que las enfermedades que mayormente concomitan con la diabetes son aquellas que debutan como resultado de una ineficiente inervación de las terminaciones nerviosas en los distintos sistemas de órganos.

De acuerdo al tratamiento, la revisión de este documento arrojó información importante. En este sentido, el 21.25% de la muestra ingiere compuestos orales hipoglucemiantes además de la dieta y ajustes en el estilo de vida. El 35% se trata con administración directa de insulina unido a la dieta, mientras que el 11.25% se atiende a partir de la combinación de ambos tipos de tratamiento. Por su parte el 32.5% refieren el uso solamente de la dieta.

Por último, se constató que el 75% de los pacientes no tiene una adecuada adherencia terapéutica., ya sea por abandono de las indicaciones médicas en los períodos de vivencias asociadas a la salud o por la toma irresponsable de los medicamentos solo en los momentos de descontrol metabólico de la enfermedad.



- **Entrevista a Especialistas de Salud.**

La entrevista se realizó a varios especialistas de salud en el Centro de Atención Integral al Diabético de la provincia de Sancti-Spíritus, dentro de los que se encuentran tres médicos especialistas en Medicina General Integral, diabetólogos, una especialista en Endocrinología, dos licenciadas en enfermería, dos licenciados en podología, una técnico de Laboratorio Clínico.

Los especialistas entrevistados refieren que el diagnóstico de la enfermedad o del desbalance endocrino del sujeto que se traduce en episodios de descontrol metabólico, se realiza mediante una serie de exámenes de laboratorio y el examen clínico general. Se toma en cuenta no solo el diagnóstico bioquímico, sino también los signos con los que llegan los pacientes, como la macroangiopatía y la microangiopatía diabética; y síntomas como la polidipsia, poliuria, la polifagia, resequeza de la boca, acantosis nigricans, sudoraciones, decaimiento, prurito, el índice de masa corporal alterado (grados de obesidad o sobrepeso), con afectaciones o lesiones en los miembros inferiores, úlceras, trastornos visuales, trastornos circulatorios, complicaciones como daños vasculares crónicos dentro de los que se encuentra el infarto del miocardio; enfermedades cerebrovasculares, polineuropatía, nefropatía, presencia de factores de riesgo como hábito de fumar, estrés, sedentarismo, envejecimiento en mayores de 40 años, hipoglucemias e hiperglucemias; afectaciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, cardiopatías hipertensivas e isquémicas.

Además refieren que estos pacientes suelen llegar con estados emocionales displacenteros como la ansiedad, la depresión, así como la frustración, preocupación por el futuro, la familia y por ellos mismos, especialmente en el debut de la enfermedad y en los momentos de descontrol metabólico. Generalmente acuden al centro con desconocimiento sobre la enfermedad, temores asociados a ella, mitos que interfieren en su manejo adecuado y rechazo a aceptarla, por lo que son como tendencia pacientes indisciplinados, con niveles muy bajos de adherencia terapéutica.



Desde la visión de estos especialistas existe una tendencia general en el paciente diabético a una escasa cultura sobre la enfermedad, que se revierte en inadecuadas medidas higiénico-sanitarias preventivas. “Muy pocos son los pacientes que saben de la enfermedad y en el caso en que posean algún conocimiento, frecuentemente se debe a la convivencia con otro familiar enfermo o con un médico en la familia”.

En este sentido, refieren como principales necesidades de estos pacientes, desde el punto de vista Psicoeducativo, el logro de un mayor conocimiento sobre la enfermedad, lo que es vital para el éxito del tratamiento y el mantenimiento de su calidad de vida. Como otra de las necesidades apuntan la influencia de las redes de apoyo social y en especial de la familia, pues la compensación clínica de estos pacientes tiene mucho que ver con el apoyo que desde estas fuentes pueden tener.

Los especialistas precisan que sería importante aumentar la divulgación y promoción de las medidas de salud que este tipo de paciente debe sostener para el logro de su calidad de vida. Así mismo, sería necesario educarlos en materia de automonitoreo clínico y en el conocimiento de sus estados emocionales, lo cual ayudaría mucho al aplazamiento de periodos de descontrol metabólico de la enfermedad.

- **Cuestionario sobre necesidades psicoeducativas.**

La presente técnica aporta información relevante para el análisis de la variable objeto de estudio, toda vez que se centra en la exploración de los indicadores fundamentales de la misma.

Referente al indicador conocimiento de la enfermedad, el 74% posee muy poco conocimiento, pues la mayor fuente de información proviene de familiares, amigos o personas conocidas que padecen la enfermedad. Solo un 26% está suficientemente informado debido a la interacción cercana con especialistas de salud o por haber incorporado como estilo de afrontamiento la búsqueda de información relevante, cuyas fuentes fundamentales son los libros, Internet, etc.



Esta falta de conocimiento condiciona los inadecuados estilos de afrontamiento a la enfermedad evidenciados por estos pacientes y en consecuencia los recurrentes episodios de descontrol metabólico que experimentan. Entre los indicadores de desconocimiento emergen los referentes a: los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad, pues solo el 37 % de la muestra reconoce la presencia de familiares de primer y segundo grado de consanguinidad con antecedentes de diabetes, como uno de los principales predisponentes genéticos.

Así mismo, solo es reconocido por el 54% de los pacientes, dentro de los factores de riesgo, inadecuados estilos de vida con preponderancia de malos hábitos alimenticios, sobre todo en lo que respecta a la ingestión de azúcares y grasas; y solo refieren la presencia de altos niveles de estrés cotidiano el 32%.

Se evidencia desconocimiento sobre otros aspectos relacionados con la enfermedad, como las habilidades de automonitoreo y el cuidado e higiene de los pies, elemento fundamental si consideramos que en la literatura se describe que el 89 % de estos pacientes termina con síndrome de pie diabético.

Teniendo en cuenta estos resultados emergen como necesidades psicoeducativas desde la propia perspectiva de los pacientes, la necesidad de conocimiento de la enfermedad, lo cual incluye, información sobre los factores de riesgo, sobre los componentes de un adecuado estilo de vida coherente con las exigencias que impone esta condición médica. Requieren información para ganar en habilidades de automonitoreo, así como apoyo del personal de salud en ese proceso de aprendizaje.

Para ello sugieren que en los centros de atención al diabético se realicen conversatorios que aborden estas temáticas y el 93% de la muestra refiere la necesidad de guías prácticas, plegables o algún documento que contenga los procedimientos una vez que se padezca la enfermedad. Así mismo, el 97% de la muestra considera que es pertinente preparar a los familiares en similares contenidos, pues el apoyo brindado sería mucho más consecuente en materia de manejo de la enfermedad.



• **Entrevista Psicológica Individual.**

El análisis de la entrevista se realizó a partir de los siguientes indicadores.

- Características de personalidad: En este indicador se aprecian cualidades generales en los pacientes, muchas de las cuales no tienen que ver con el desbalance en el control metabólico de la enfermedad. En este sentido, los pacientes se autodescriben como personas trabajadoras, sociables, colaboradores con los demás, conversadoras, cumplidoras, en algunos casos refieren que son personas inhibidas, calladas, que no salen de sus casas.
- Vida social, laboral y familiar: Referente a este ítem se corroboró que un 13.75% de estos pacientes viven solos; 41.25% vive con la familia y con la pareja, un 23.75% (19 personas) viven con su pareja; mientras que un 21.25% vive con los padres, con hijos o con nietos, pero en su mayoría refieren tener buenas relaciones con los vecinos, con los compañeros de trabajo y con sus amistades.
- Los factores de riesgo: son elementos claves que afectan a la persona y permiten el debut y desarrollo de la enfermedad, dentro de los cuales encontramos que el 41.25% tienen más de un familiar que padece la enfermedad; la presencia de enfermedades cardiovasculares, afectando a un 63.75% y el 56.25% reconocen que no practican ejercicios físicos.

En cuanto a los hábitos tóxicos, 12 sujetos (15%) reconocen tener hábito de fumar, mientras que el 28.75%, o sea, 23 pacientes son ex fumadores; 9 personas ingieren alcohol ocasionalmente, 5 personas solo lo hace en fiestas, identificándose además que 1 de los investigados se ubica con mayor riesgo al reconocer que bebe casi todas las semanas (1.25%).

A esto se le suma el sedentarismo, la obesidad, la presencia de eventos vitales. Se constató que 24 pacientes, 30%, no refieren la presencia de eventos vitales asociados al debut de la enfermedad, mientras que el resto de la muestra 70% recuerda la presencia de eventos vitales asociados al inicio de la misma, así como a periodos de crisis, como se refleja en las siguientes verbalizaciones:



- “Creo que la muerte de una hermana muy allegada a mi, hace seis meses ha sido muy difícil de asumir, además del divorcio de mi única hija hace mas o menos un mes; por lo que últimamente me cuesta trabajo dormir, me siento unas veces triste y otras pues un poco ansiosa, y bueno estoy con la azúcar alta”.
- “Mi enfermedad comienza a raíz de sentirme estresada después de haber vivenciado un problema de mi hermano con un policía, y ahora mi hijo me dio la noticia que padece de condiloma y esto me tiene muy alterada”.
- “Yo comencé con la diabetes hace 15 años pues mi única hija sufrió una trombosis con seis meses de embarazo, pero gracias a Dios se salvó y se salvó también mi nieta”.
- “Hace 4 años que soy diabética y en ese entonces me divorcié por primera vez de mi esposo, lo cual me afectó mucho”.
- Presencia de estrés cotidiano. Referente a este indicador se pudo apreciar que el 99% de los sujetos se encuentran sometidos a altos niveles de estrés cotidiano, sobre todo en el caso de aquellos que tienen vínculo laboral y en los casos en los que son el sustento económico más importante de la familia.
- “Trabajo como Jefe del Trabajo Comunitario de la PNR de Sancti-Spíritus y esto me consume mucho tiempo pues constantemente me exigen que tengo que tener el trabajo al día y es muy difícil tener un trabajo para cada persona con libertad condicional o para los que se encuentran cumpliendo condena”.
- “Trabajaba como cocinera en un campismo pero en septiembre quedé disponible y ese mismo día mi ex-esposo me pidió el divorcio”.
- “Soy oficial de las FAR, y mi puesto me exige que debo entregar todos los informes a tiempo y contamos con pocas computadoras en la oficina en la que me encuentro”.

El 52.5% de la muestra representa a los jubilados, en los cuales, las vivencias de estrés se asocian a las complicaciones de la propia enfermedad y la concomitancia con otras enfermedades crónicas. Además, las exigencias cotidianas de la realidad, las cuales no son



coherentes con las necesidades que impone asumir un estilo de vida saludable, constituyen una fuente generadora de estrés mantenido sobre todo en aquellos sujetos que viven solos.

- Vivencias asociadas a la enfermedad: la mayoría de los pacientes 73% refieren que después del diagnóstico de la enfermedad y ante situaciones estresantes, incluyendo los momentos en los que ocurre una descompensación, manifiestan emociones displacenteras como ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, frecuentemente están poco motivados para completar las tareas de autocuidado, y en pocos casos expresan también agresividad, además de trastornos del sueño. Estas emociones muchas veces están asociadas con el deterioro en la calidad de vida, y a la escasez de recursos de afrontamientos positivos para el manejo adecuado de la enfermedad.
- Actitud ante la enfermedad: Es importante destacar que existe una fuerte tendencia en los sujetos investigados, a mantener una actitud de negación en cuanto a la aceptación del diagnóstico, rechazo a la enfermedad y al tratamiento, por lo cual tienden a minimizar los síntomas y a demorar su asistencia al médico así como los ajustes necesarios que en cuanto estilo de vida les impone la enfermedad.
- Conocimiento de la enfermedad: los pacientes objeto de investigación son atendidos por el Centro de Atención Integral al Diabético, llegando al mismo por remisión médica a partir de un mal control metabólico, para confirmar el diagnóstico, o por interés personal con el objetivo de conocer acerca de la enfermedad y educarse al respecto.

Es importante destacar que solo el 12.5% de la muestra refiere tener conocimientos de la enfermedad debido a que han sido cuidadores de familiares diabéticos o se han documentado a partir de la búsqueda en libros sobre la materia o en búsquedas en sitios electrónicos relacionados con la enfermedad, el resto expresan tener poco o ningún conocimiento de la misma, teniendo como fuente fundamental “los comentarios en la casa y con las amistades”, “las vivencias de otros familiares también diabéticos” y “algunas orientaciones de los médicos”.



- Estrategias de afrontamiento a la enfermedad: de acuerdo a lo planteado por los pacientes, se destacan dentro de las estrategias de afrontamiento utilizadas la negación a aceptar el diagnóstico y el rechazo a la enfermedad, debido al escaso conocimiento de la misma y lo que implica asumirla como forma de vida.

Así mismo utilizan con mucha frecuencia mecanismos de evasión del tratamiento y de los cambios en el estilo de vida. Se muestran como sujetos poco optimistas, centrados en la escasa esperanza de vida, negativos con su pronóstico. Desarrollan estilos agresivos que exteriorizan rechazando adherirse al tratamiento (47%), o bien los interiorizan, deprimiéndose (69%).

Refieren además que se sienten limitados, inseguros y afligidos ante el riesgo de descompensarse con un aumento de la glucosa en sangre en cualquier espacio o lugar. Esto puede estar dado por la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el temor a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia, etc.

Se evidencian además mecanismos de afrontamientos negativos que cursan con un enmascaramiento de su situación de salud, a partir de distorsiones cognitivas del posible curso de la enfermedad, en los que prevalece el optimismo en la recuperación definitiva y la posibilidad de la no existencia de una diabetes crónica.

En muy pocos casos (35%) aceptan el tratamiento e introducen los reajustes necesarios en su estilo de vida, donde hacen intentos para centrarse en aspectos positivos de los cambios en el estilo de vida, además, suelen buscar apoyo social y distanciarse emocionalmente de su propia enfermedad.

- Adherencia terapéutica: De los pacientes estudiados solo el 45% admitieron que cumplían con el consejo médico y los ajustes en el estilo de vida que impone la enfermedad. El 35% niega la gravedad de la enfermedad e ignoran la necesidad de efectuar restricciones dietéticas y de tomar la medicación necesaria.



En este sentido, se evidencia la falta de conocimiento sobre la enfermedad y de los mecanismos que se establecen para el logro de un manejo positivo, como una de las causas fundamentales de la baja adherencia terapéutica.

- Apoyo social: el 98.75% de los pacientes vivencian apoyo familiar y de los amigos en general. Se constató que el 30% de la muestra mantiene relaciones determinadas principalmente por la sobreprotección familiar, lo que lleva a que los familiares se preocupen desmedidamente por los enfermos. Asimismo son una fuente de ayuda importante en el cubrimiento de necesidades emocionales relacionadas con la enfermedad.
- Necesidades Psicoeducativas del paciente diabético: como necesidades importantes desde le punto de vista psicoeducativo se encontraron la obtención de conocimientos sobre la enfermedad (46 individuos), representando un 57.5% del total de pacientes. En este sentido, refieren la necesidad de aprender a manejar la enfermedad, conocer sobre los factores de riesgo, las situaciones que pueden complejizar su estado de salud y como poder afrontarlas adecuadamente. Así mismo, expresan que necesitan ganar en habilidades para aprender afrontar adecuadamente las situaciones estresantes de la vida cotidiana que puedan afectar su estado de salud.

- **Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.**

A partir de la aplicación de este cuestionario se obtuvo que del total de los sujetos investigados, el 35% refiere como indicador de conocimiento de la enfermedad, que ésta se caracteriza por aumento de niveles de azúcar en sangre. De acuerdo a las manifestaciones clínicas el 80% considera que existen la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, mientras que el 15% concluía que existen varias clasificaciones de la enfermedad.

Con relación a las complicaciones asociadas como la hipoglucemia y la hiperglucemia el 100% de los pacientes expresaron que las mismas se definen por bajos y altos niveles de glucosa en sangre respectivamente, para lo cual argumentaron que no debían comer alimentos dulces.



En relación al conocimiento sobre la cifras normales de la glucemia en sangre, solo el 6% consideraba que en ayunas era por debajo de 6 mmol/L y pasada dos horas de ingerir alimentos por debajo de 10.

Al indagar sobre el tratamiento, se dividió la pregunta en tratamiento farmacológico y no farmacológico. En el farmacológico, específicamente la insulina, el 10% considera que solo se utiliza en aquellos pacientes en los que es necesaria y en ese caso se administra todos los días, un 50% refiere que se administra cuando tienen altos niveles de glucosa en sangre y un 40% desconoce cuando se utiliza este tipo de medicación. Con respecto a las tabletas hipoglucemiantes, solo el 35% conoce sobre la argumentación de su uso, el resto de la muestra desconoce los efectos y las razones por las cuales las ingieren.

Dentro del tratamiento no farmacológico se evaluaron las consideraciones de los pacientes sobre la dieta, de la cual obtuvimos que 56 pacientes no tienen un adecuado control de hábitos alimenticios, a lo que respondieron que las frecuencias son tres veces al día, y que dentro del grupo de alimentos propuestos a eliminar, se encuentran los azúcares simples en un 93%, mientras que el 24% refieren que además se debían eliminar las viandas. Un 7% desconoce que elementos debe contener la dieta y cuáles deben ser eliminados.

Dentro de esta tipología de tratamiento encontramos el ejercicio físico, donde se obtuvo que el 32% reconoce a este tipo de actividad como aquella que tonifica los músculos, 43% refiere que alivia el estrés, mientras que el 25% considera que con su práctica se pueden sustituir los medicamentos orales. Dentro de las recomendaciones para la realización del ejercicio físico, el 67% indicaban el uso de calzado cómodo, el 30% que debía ser descalzo, mientras que solamente un 3% señalaban tomar agua antes, durante y después del ejercicio.

Al evaluar el conocimiento sobre el cuidado de los pies, como uno de los puntos más vulnerables en el curso de la enfermedad, el 26% refiere que deben ser cuidados a partir de aplicarse yodo, alcohol y otros productos para eliminar callos, ampollas y otras afecciones. El 72% refirió visitar al podólogo ante cualquier lesión mientras que el 2% desconoce el proceder para el cuidado de los mismos.



En cuanto al cuidado de la higiene bucal, el 86% acude al estomatólogo cuando tiene una pieza en mal estado, el 3% preventivamente cada 6 meses y el resto no acude por no considerarlo importante

Estar bien controlado metabólicamente significa para el 95% sentirse bien; para el 21% estar libres de síntomas como la hipoglucemia e hiperglucemia y para el 18% poder comer de todo e incluso dulces.

Al medir el nivel de conocimiento actual sobre su enfermedad el 86.8% ingresó al Centro de Atención Integral Diabético con total desconocimiento del control y manejo de su enfermedad, solo el 10% dominaba elementos sobre la enfermedad y excepcionalmente el 2% dominaba la mayor parte de los elementos necesarios para el tratamiento.

En sentido general se evidencian altos niveles de desconocimiento de los indicadores fundamentales de la enfermedad, lo cual tributa a recurrentes episodios de descontrol metabólico y a una convivencia compleja con una condición crónica que depende de mecanismos de afrontamiento adecuados para el logro de la calidad de vida.

• Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.

A partir del análisis de la presente entrevista se corroboran datos obtenidos en otros instrumentos aplicados a la muestra objeto de estudio.

Los pacientes refieren que la sintomatología más aguda se manifiesta en aquellos pacientes que llevan más tiempo de convivencia con la enfermedad, en quienes se agudiza el cuadro clínico apareciendo complicaciones relacionadas con otras enfermedades.

Dentro de los factores de riesgo emergen nuevamente los descritos en el análisis de otras técnicas, y se destacan factores hereditarios en el 41.25%, presencia de hábitos tóxicos, en el 15%, así como la obesidad en el 67% y el sedentarismo en el 94%.

En cuanto a la adherencia terapéutica, categoría entendida como la medida en la que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico y de salud adecuado, solo el 45% de los pacientes estudiados admiten cumplir con los ajustes en el estilo de vida que



impone la enfermedad. El 35% niega la gravedad de la enfermedad e ignoran la necesidad de efectuar restricciones dietéticas y de tomar la medicación necesaria.

Estos bajos niveles de adherencia terapéutica se sustentan, entre otras causas, en la tendencia general de este grupo de pacientes a mantener una actitud de negación a aceptar el diagnóstico, rechazo a la enfermedad y no aceptación del tratamiento y cronicidad de la misma, por lo cual tienden a minimizar los síntomas y a demorar su asistencia al médico. En algunos casos se mantiene la esperanza de una recuperación definitiva y la posibilidad de la no existencia de una diabetes crónica. En consecuencia el automonitoreo del control metabólico, no es una práctica frecuente de los pacientes objeto de estudio, el 72.5% refiere hacerse los análisis cuando se sienten mal, el 5% ocasionalmente, mientras que el 12.5% no se realiza el automonitoreo.

Teniendo en cuenta estos resultados se identificaron como principales necesidades de estos pacientes para el logro del manejo de la enfermedad y en consecuencia el control de su estados de salud, en primer lugar la obtención de conocimientos sobre esta condición médica, referido por el 93.5% del total la muestra.

• Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad.

Entre los factores de riesgo que más prevalecen en el grupo de pacientes estudiados se encuentran en primer lugar, los componentes genéticos de la enfermedad ya que se evidencia una presencia de familiares de primer y segundo grado de consanguineidad con diabetes mellitus en un 41.25%.

Le siguen en orden jerárquico, la obesidad, con una considerable cifra de sujetos sobrepeso u obesos grado I, el 41.25%. El resto se encuentra entre las escalas obesos grado II, 30% y obesos grado III, 8.75%. Este resultado es alarmante cuando de riesgos a la salud de un diabético se habla, teniendo en cuenta que constituye un factor que toma efecto rebote y se convierte en la génesis de otros tantos factores de riesgo no menos preocupantes. Tal es el caso del Sedentarismo, que ocupa el otro nivel en la escala de factores de riesgo con los que conviven los pacientes objeto de estudio.



En este sentido el 56.25% reconocen que no practican ejercicios físicos mientras que un 43.75% refieren practicarlos, o sea, 35 pacientes. De ellos, un 82.86% (29 personas) lo hacen diariamente, un 11.43% los realiza semanalmente, que representa a 4 pacientes y el resto lo hace con menor frecuencia y sistematicidad.

En cuanto a los hábitos tóxicos, como otro de los factores de riesgo de mayor incidencia descritos en la literatura especializada, en los pacientes estudiados resulta interesante su comportamiento. La adicción al tabaco, solo se expresa en 12 sujetos (15%) mientras que el 56.25%, (45 personas) no fuman.

Al indagar sobre la ingestión de bebidas alcohólicas, se obtuvo que el 81.25% (65 personas) son abstemios, 9 personas, (11.25%) ingieren alcohol ocasionalmente y un 6.25% (5 personas) solo lo hace en fiestas.

En cuanto al padecimiento de otras enfermedades, que puedan incidir en los episodios de descontrol metabólico de la enfermedad y por tanto se convierten en factores de riesgo, predominan enfermedades cardiovasculares dentro de las que se encuentran la hipertensión arterial en 51 sujetos para un 63.75%. Otra de las afectaciones más frecuentes es la hiperlipoproteinemia con un total de 19 pacientes representando un 23.75%. Un 16.25% de los pacientes son portadores de macroangiopatía.

Para finalizar, se evaluaron factores de riesgo psicosociales relacionados con el apoyo social. En relación a las personas con las que conviven se obtuvo que un 13.75% de los sujetos viven solos; 41.25% con la familia y la pareja, un 23.75% (19 personas) solo con su pareja; mientras que un 21.25% vive con los padres, hijos o nietos.

En cuanto al apoyo ofrecido por la familia, el 78.75% de la muestra se sienten muy apoyados. El 20% se siente apoyado y solo un sujeto refiere la falta de apoyo como riesgo psicosocial para el manejo de la enfermedad.



• Entrevista al Familiar.

Los entrevistados coincidieron en identificar la presencia de eventos vitales de trascendencia negativa asociados a las crisis y debut de la enfermedad tales como: la muerte de un familiar próximo o de un amigo, dificultades financieras y problemas personales como el divorcio. la salida de algún familiar al extranjero, familiares enfermos, embarazos o abortos, etc. En este sentido refieren:

- “Creo que la muerte de una hermana muy allegada a mi mamá, hace seis meses ha sido muy difícil de asumir, además de mi divorcio hace mas o menos un mes. Considero que estos dos eventos han hecho que ella se sienta unas veces triste y otras pues un poco ansiosa”.
- “Mi esposa comenzó con la diabetes hace 15 años y por esa fecha también nuestra única hija sufrió una trombosis con seis meses de embarazo, pero gracias a Dios se salvó y se salvó también mi nieta”.
- “Hace unos meses falleció mi papá y desde ese entonces mi mamá está que no conversa, todo el tiempo en el cuarto llorando”.
- “Hace unos años atrás un hermano de él perdió un dedo debido a la misma enfermedad, a esto se ha unido la operación de la hija hace unos meses y eso lo tiene estresado”.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento predominantes los familiares refieren como las más utilizadas la no aceptación o minimización del diagnóstico, así como expresión de emociones negativas como se refleja en la siguiente frase: *“mi hermano se pone muy triste en los períodos de crisis”*. La minoría de los entrevistados (8%) indicó que los pacientes asumen la enfermedad con espíritu de lucha y optimismo.

En este sentido, los familiares de los pacientes indicaron la presencia de cambios frecuentes en el estado anímico con predominio de emociones displacenteras, tales como depresión, ansiedad, apatía, irritabilidad, sentimientos de rabia, culpa, preocupación y miedo.



Atribuyen estas vivencias al desconocimiento que vivencian los pacientes sobre la enfermedad, a lo cual se une los ajustes en el estilo de vida que impone la misma, las dificultades que deben enfrentar para llevar a cabo el tratamiento, procurando el logro del control metabólico y el aplazamiento de las complicaciones asociadas a la enfermedad

Dentro de las preocupaciones actuales tanto de los enfermos como de los familiares se encuentran la poca información que sobre la enfermedad se ofrece, lo que los lleva a realizar conductas inapropiadas con relación a la misma. Refieren que los pacientes hacen alusión a preocupaciones de orden económico, debido a las exigencias de su dieta, del tratamiento farmacológico, lo que los lleva a considerarse en muchas ocasiones como cargas para el resto de la familia, toda vez que se incrementan los gastos en función de la enfermedad y se limitan las posibilidades de aportar en ese sentido.

En relación a la adherencia terapéutica, los familiares aludieron que en su mayoría los pacientes poseen muy bajos niveles de aprehensión a las indicaciones médicas, de acuerdo a los estilos de afrontamiento utilizados para afrontar la enfermedad, dentro de los que encontramos la negación o rechazo de gravedad de la misma, ignorando la necesidad de efectuar limitaciones dietéticas y de tomar la medicación necesaria.

En la generalidad de los casos se comprobó la existencia de apoyo familiar lo cual es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y el temor a la enfermedad y mejorar el cumplimiento del tratamiento para el paciente.

A partir de lo referido por los familiares las necesidades de estos pacientes giran entorno a la obtención de conocimientos sobre la enfermedad (9 individuos), representando un 45% del total de familiares entrevistados. Entre las razones que exponen se encuentran: “ellos se dan cuenta, y nosotros también, que no conocemos nada sobre la enfermedad, cuántas veces deben chequearse, cómo deben ingerir los alimentos, la frecuencia con la que pueden comer dulces, si es necesario suspender el tratamiento mientras se sienten bien”

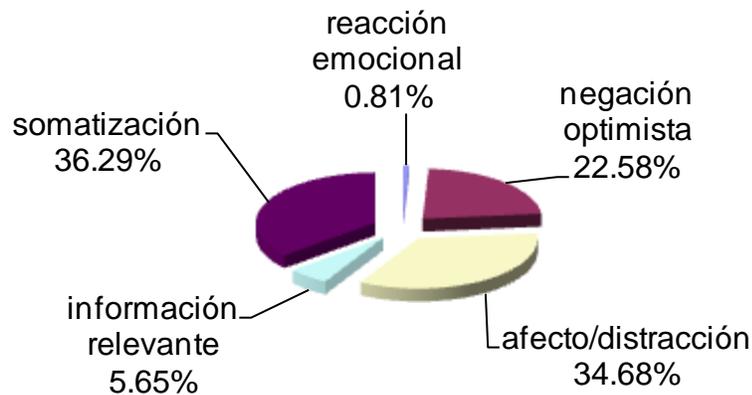


• **Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad**

El padecimiento de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus origina en los pacientes un gran impacto y un cambio en su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de inestabilidad. El carácter estresante de la enfermedad está dado por muchos factores, dentro de los que inciden la implicación, magnitud, duración y pronóstico.

En este sentido, es imprescindible explorar las principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad empleadas por este tipo pacientes. Para ello se aplicó un cuestionario cuyos resultados se exponen a continuación:

Gráfico # 8: Estilos de Afrontamiento.



Dentro de las estrategias predominantes podemos observar que el ítem que más alto puntea es el referente a la somatización como estilo, con un 36.3% de frecuencia. Este resultado corrobora lo descrito en la literatura especializada, ya que es muy frecuente que los pacientes diabéticos canalicen somáticamente aquellas vivencias displacenteras que les produce la enfermedad, toda vez que en su mayoría carecen de recursos eficientes para manejarla adecuadamente.



En segundo lugar destaca el afecto-distracción con 34.7% de recurrencia, seguido de la negación optimista en un 22.6%, estrategia que se materializa en actitudes irresponsables ante la enfermedad y pensamientos distorsionados que se estructuran sobre la creencia de una posible curación o sobre la certeza de que no existirán complicaciones asociadas a la enfermedad. Tales mecanismos inciden directamente en los bajos niveles de adherencia terapéutica experimentados por estos pacientes.

Por otra parte, un 5.6% manifestó que la información relevante es otro de los mecanismos empleados, aunque no con la magnitud de los anteriores. Pudiera esto ser un estilo positivo, pero hay que tener en cuenta que la información sobre la enfermedad en su mayoría proviene de familiares o amistades que padecen la enfermedad, por lo tanto es información cargada de distorsiones cognitivas y mitos que entorpecen un afrontamiento adecuado y la adopción de estilos eficientes para el manejo de la misma.

En menor medida encontramos la reacción emocional como estilo incorporado en el grupo de pacientes estudiados, con un 0.8% de presencia, la cual se traduce en vivencias como la ansiedad, la tristeza, la irritabilidad, así como sentimientos de desesperanza y aislamiento. Lo anterior refleja que las vivencias mantenidas o recurrentes de emociones displacenteras, no es el resultado de un estilo de afrontamiento incorporado a su dinámica de vida, sino que se estructuran como parte de su funcionamiento emocional, a partir de los desajustes psiconeuroendocrinos que comienzan a experimentar una vez que padecen la enfermedad, los cuales se incrementan en periodos de descontrol metabólico.

• Cuestionario de Adherencia Terapéutica.

A partir de la aplicación de este cuestionario se obtuvo que del total de los investigados, el 51.25% acude al médico para examinar su estado de salud cuando se siente mal, mientras que el 22.5% lo hacen cuando son citados por sus médicos. Solo 12.5% se examinan cada 3 meses. En cuanto a la realización de chequeos médicos de rutina encontramos que el 42.5%

Análisis de los Resultados



(solo se chequean cuando se sienten mal, mientras que un 37.5% se realizan los análisis bioquímicos en un periodo comprendido entre 15 días y 8 o 9 meses.

En cuanto a la tipología de tratamiento que tienen prescrito, el 67.5% recibe tratamiento farmacológico, ya sea la insulina, los compuestos orales hipoglucemiantes o el uso de ambos, combinado con el ajuste en el estilo de vida, la dieta y los ejercicios, mientras que el 32.5% refieren el uso solamente de este último. Con relación a la valoración sobre la efectividad del tratamiento, el 98.75% consideran que el tratamiento es efectivo. En cambio un 1.25%, lo considera poco efectivo.

De acuerdo al ítem relacionado con el nivel de cumplimiento del tratamiento, el 67.5% refiere que lo hacen solo cuando se sienten mal, mientras que el 12.5 % expresa cumplir siempre con la indicación médica.

En relación a la conducta que siguen cuando tienen períodos de descontrol metabólico, un 45% toma los medicamentos y sigue su rutina diaria, un 38.75% procuran quedarse en la casa y mantenerse tranquilos; mientras que un 15% son más rigurosos con la dieta o acuden inmediatamente a su médico. Solo una persona manifestó que no le da importancia y mantienen su rutina.

Finalmente se indagó sobre los factores que inciden en el nivel de cumplimiento del tratamiento médico. En este sentido, el 55% refiere que los principales factores son la voluntad, los deseos, la responsabilidad con la salud y la disposición para asumir una forma de vida diferente. Otro 43% refiere que lo más importante es saber los riesgos que se corren cuando no se cumplen las indicaciones médicas. Del nivel de conocimiento depende la importancia que se le atribuye a este importante componente.



3.2 Análisis integral

La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, asociada a trastornos del metabolismo lipídico y proteico y condicionada por la interacción de factores genéticos y/o ambientales. La misma se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona segregada por el Páncreas: la insulina.

Como enfermedad crónica incrementa el riesgo de quienes la padecen a sufrir alteraciones físicas y psicológicas las cuales se acentúan si tenemos en cuenta las numerosas complicaciones que puede suponer esta enfermedad, así como los ajustes en el estilo de vida de quienes la padecen. Al respecto, el presente estudio resulta ilustrativo, en tanto corrobora la presencia de necesidades psicoeducativas de una muestra de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, pertenecientes al Centro de Atención Integral al Diabético de la provincia de Sancti-Spíritus.

A partir del análisis de las técnicas empleadas se pudo apreciar que dentro de los comportamientos de riesgo que mayor incidencia tienen en el debut y desarrollo de la enfermedad se encuentran en orden jerárquico: factores hereditarios asociados, pues en el 41% de la muestra más de un miembro de la familia padeció diabetes o falleció como resultado de las complicaciones de la enfermedad. Este antecedente genera expectativas negativas en relación al curso de la enfermedad, favoreciendo desde el punto de vista psicológico emociones displacenteras que se van estructurando y repercuten en el estado físico y psico-emocional de los pacientes. Le siguen la obesidad en un 38%, el sedentarismo en un 35% y los inadecuados estilos de vida asociados fundamentalmente a malos hábitos alimenticios en un 30%.

Otro comportamiento de riesgo no menos importante, por la incidencia que tiene como elemento precipitante en los episodios de descontrol metabólico de la enfermedad, es el referente a los niveles de estrés cotidiano vivenciado por estos pacientes, pues el 97% de la muestra, refiere malestar subjetivo en este sentido, sobre todo en los casos en que menos habilidades para el manejo de la enfermedad poseen y en aquellos en que las redes de apoyo social es menos efectivo.



Lo anterior se explica si entendemos que el padecimiento de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus, origina en los pacientes un gran impacto y un cambio en su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de inestabilidad. El carácter estresante de la enfermedad está dado por muchos factores, dentro de los que inciden la implicación, magnitud, duración y pronóstico. De esta forma, cobra especial relevancia entrenar estilos de afrontamiento a la enfermedad que potencien un manejo adecuado y con ello el bienestar físico y psicológico de este tipo de paciente.

En este sentido, es importante destacar que en el grupo de pacientes estudiados emergen mecanismos defensivos que potencian inadecuados estilos de afrontamiento a la enfermedad, expresados en evasiones del tratamiento o sobrevaloración de la sintomatología y en consecuencia inmovilismos y distorsiones cognitivas que van desde el optimismo en la recuperación definitiva y la posibilidad de la no existencia de una diabetes crónica, hasta la posibilidad inminente de la muerte.

Destacan como principales estilos de afrontamiento a la enfermedad la somatización en un 36.3%, seguidos de el afecto-distracción con 34.7%, la negación optimista en un 22.6%, estrategias que se materializan en actitudes irresponsables ante la enfermedad y pensamientos distorsionados que inciden directamente en los bajos niveles de adherencia terapéutica experimentados por estos pacientes.

Un 5.6% refiere la información relevante como estilo predominante. Pudiera esto ser un estilo positivo, pero hay que tener en cuenta que la información sobre la enfermedad en su mayoría proviene de familiares o amistades que padecen la enfermedad, por lo tanto es información cargada de mitos que entorpecen un afrontamiento adecuado y la adopción de estilos eficientes para el manejo de la enfermedad.

En menor medida encontramos la reacción emocional como estilo incorporado en este grupo de pacientes, con un 0.8% de representatividad, lo cual refleja que las vivencias mantenidas o recurrentes de emociones displacenteras, no son el resultado de un estilo de afrontamiento incorporado a su dinámica de vida, sino que se estructuran como parte de su funcionamiento emocional, a partir de los desajustes psiconeuroendocrinos que comienzan a experimentar una vez que padecen la enfermedad, los cuales se incrementan en periodos de descontrol metabólico.



En sentido general, se muestran como sujetos poco responsables con su situación de salud, ya sea por desconocimiento de las posibles consecuencias que puede ocasionar la enfermedad de no tratarse adecuadamente o por subvaloración de dicho efectos, teniendo en cuenta que durante mucho tiempo cursan asintomáticos y no evidencian en el corto plazo grandes complicaciones de salud. De esta manera no poseen una adecuada adherencia terapéutica, ya sea por abandono de las indicaciones médicas en los períodos de vivencias asociadas a la salud o por la toma irresponsable de los medicamentos solo en los momentos de descontrol metabólico de la enfermedad.

En muy pocos casos (35%) aceptan el tratamiento e introducen los reajustes necesarios en su estilo de vida, donde hacen intentos para centrarse en aspectos positivos de los cambios que se generan a partir de la enfermedad, y suelen buscar apoyo social logrando distanciarse emocionalmente de su padecimiento.

En este sentido, se evidencia la falta de conocimiento sobre la enfermedad y de los mecanismos que se establecen para el logro de un manejo positivo, como una de las causas fundamentales de la baja adherencia terapéutica.

Al profundizar en el conocimiento de estos pacientes sobre los indicadores fundamentales de la enfermedad, emergen resultados preocupantes, pues los niveles son muy bajos, lo cual tributa a recurrentes episodios de descontrol metabólico y a una convivencia compleja con una condición crónica que depende de informaciones básicas para el logro de la estabilidad de la situación de salud. En este sentido, desconocen desde los niveles normales de glucemia en sangre, los comportamientos de riesgo, las medidas higiénicas sanitarias en el cuidado de los pies, hasta las frecuencias de chequeo médico, las medidas en caso de descompensación metabólica, el control de la alimentación, entre otros elementos de interés para el manejo de la enfermedad.

Es importante destacar que estos pacientes cuentan en el 98.75% con redes de apoyo social, especialmente apoyo familiar y de los amigos. Se constató que estas relaciones están determinadas principalmente por la sobreprotección, estilo que no favorece el desarrollo de habilidades individuales de automonitoreo y validismo ante la enfermedad. Este hecho está condicionado por la falta de conocimiento que dichos familiares poseen sobre la enfermedad.



Tomando como referente los resultados antes expuestos emergen como principales necesidades psicoeducativas de este grupo de paciente: la obtención de conocimientos sobre la enfermedad, representando un 95.5% del total de pacientes. En este sentido, refieren la necesidad de aprender a manejar la enfermedad, conocer sobre los factores de riesgo, las situaciones que pueden complejizar su estado de salud y como poder afrontarlas adecuadamente. Así mismo, expresan que necesitan ganar en habilidades para manejar las situaciones estresantes de la vida cotidiana que puedan afectar su estado de salud.

Resulta interesante la recurrencia de estas necesidades desde la perspectiva del personal de salud que atiende a este grupo de pacientes y los familiares de los mismos, ya que ambos refieren que las necesidades psicoeducativas fundamentales están en el orden de ganar conocimientos de la enfermedad para aprender a vivir con ella de forma satisfactoria.

Los especialistas de salud refieren además, que este tipo de paciente debe ganar en habilidades de automonitoreo y en control emocional, lo cual pudiera trabajarse desde la perspectiva de intervención en los centros de atención y educación al paciente diabético.

Los familiares por su parte, consideran que deben existir más espacios de intercambio entre los especialistas de salud y estos pacientes, donde se le explique la importancia de su condición de salud, los cambios que deben incorporar en el estilo de vida, entre otros elementos de importancia. Estas informaciones, desde su opinión, resultan vitales tanto para los pacientes como para los propios familiares, toda vez que son las personas que funcionan como cuidadores. Desde su visión, los encuentros con los pacientes y familiares se reducen a chequeo de los parámetros clínicos, y cambio de tratamiento en el caso que así lo requiera, pero se dedica poco tiempo a orientar a los pacientes sobre estos aspectos. En igual medida refieren que se le presta poca atención a la perspectiva psicológica y sin embargo, son pacientes muy vulnerables desde este punto de vista. Por lo que también emerge como necesidad el apoyo psicológico para el logro de un afrontamiento adecuado a la enfermedad.

Conclusiones



- ✓ En cuanto al conocimiento de la enfermedad, emergen niveles muy bajos, que van desde el desconocimiento de las cifras normales de glucemia en sangre, los comportamientos de riesgo, las medidas higiénicas sanitarias en el cuidado de los pies, hasta la frecuencia del chequeo médico, las medidas en caso de descompensación metabólica y el control de la alimentación.
- ✓ Las estrategias de afrontamiento a la enfermedad más empleadas por los pacientes investigados fueron la somatización, seguidos del afecto-distracción, la negación optimista, la información relevante y en menor medida la reacción emocional.
- ✓ Dentro de los comportamientos de riesgo de mayor incidencia en el debut y desarrollo de la enfermedad del grupo de pacientes estudiados se constata la exposición a situaciones estresantes de la vida cotidiana, ante las cuales se emplean estrategias de afrontamiento ineficientes, así como la obesidad asociada a inadecuados hábitos alimenticios y el sedentarismo. Como marcadores de riesgo se identificaron los factores hereditarios.
- ✓ Se constató que no poseen una adecuada adherencia terapéutica, ya sea por abandono de las indicaciones médicas en los períodos de vivencias asociadas a la salud o por la toma irresponsable de los medicamentos solo en los momentos de descontrol metabólico de la enfermedad. Esto esta condicionado por la falta de conocimiento sobre la enfermedad y los mecanismos que se establecen para el logro de un manejo positivo.



- ✓ Se constata coincidencia entre la perspectiva de los especialistas de salud y los familiares en relación a las principales necesidades psicoeducativas del grupo de pacientes estudiados. Las mismas giran en torno al conocimiento en relación a la enfermedad así como al logro de habilidades para el automonitoreo y el control emocional.
- ✓ Las principales necesidades psicoeducativas identificadas desde la perspectiva de los pacientes fueron: obtener mayor conocimiento sobre la enfermedad y las complicaciones asociadas a la misma, los principales factores de riesgos, estrategias de afrontamiento para la convivencia con la enfermedad y estrategias para el adecuado manejo del estrés cotidiano. Así mismo, refieren la necesidad de ampliar el conocimiento y dominio de sus emociones, estrategias que le permitan implementar cambios en su estilo de vida y un mayor acercamiento a los especialistas de salud en las diferentes etapas de evolución de la enfermedad.
- ✓ Se constata en los pacientes objeto de estudio limitaciones en el afrontamiento a la enfermedad, las cuales se asocian a un escaso conocimiento de la misma, condicionando comportamientos de riesgo, bajos niveles de adherencia terapéutica, empleo de estrategias ineficientes para el afrontamiento al estrés, lo cual dificulta los inminentes cambios de que deben asumir en su estilo de vida para el logro de una convivencia armónica con una condición crónica, como lo es la diabetes mellitus tipo 2. Los elementos antes expuesto resaltan la presencia de necesidades psicoeducativas con mayor o menor nivel de conscientización en los pacientes objeto de estudio, las cuales requieren ser abordadas desde una estrategia de intervención psicoeducativa en función de lograr un mayor control metabólico de la enfermedad.

Recomendaciones



A partir de los resultados obtenidos se ofrecen las siguientes recomendaciones:

- ✓ Realizar estrategias de intervención psicoeducativas dirigidas a potenciar el conocimiento de la enfermedad, las habilidades de automonitoreo, los estilos de afrontamiento a la enfermedad y el control emocional en los pacientes objeto de estudio.

- ✓ Incorporar en las estrategias de intervención la capacitación de los familiares en iguales temáticas, como fuente principal del apoyo social en este tipo de paciente.

- ✓ Incorporar la experiencia de la atención psicológica dentro del equipo multidisciplinario centrado no solo en los pacientes con antecedentes de trastornos psicológicos, sino desde la perspectiva de apoyo psicológico para la convivencia con una enfermedad crónica.

Bibliografía



1. Álvarez, D. (2005). "Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glucémico en pacientes diabéticos. "Recuperado el" 7 de enero de 2011 "de"
http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF
2. Álvarez, M. A. (1999). *Stress. Un enfoque integral*. La Habana: Editorial Científico – Técnica.
3. Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral* (Vol. II). La Habana: Ciencias Médicas.
4. Álvarez, R. (2008). *Medicina General Integral* (2 ed., Vol. I). La Habana: Ciencias Médicas.
5. Alvear-Galindo, M. L., A. (2010). Analysis of the diabetes mellitus screening program in the Federal District, Mexico. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (2). "Recuperado el" 9 de enero de 2011 de"
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102
6. Arbues, A. (1991). Situación epistemológica y funcional de la psicología en los campos educativos. "Recuperado el" 8 de enero de 2011 "de"
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=511>.
7. Arnal, L., Campos, B., Cuberes, M., & Gracia, O. (2010). Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes patients in primary care. *Nefrología*, 30 (5). "Recuperado el" 7 de enero de 2011 "de"
<http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo>
8. Autores, C. d. (2005). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
9. Autores, C. d. (2007). *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Elsevier.
10. Ayuso, J. (2004). Comorbilidad entre depresión y ansiedad: aspectos clínicos. *Revista electrónica de Psiquiatría.*, 1, 1137-3148. "Recuperado el" 5 de octubre de 2010 "de"



<http://www.depresion.psicomag.com/diabetes.php>

11. Barranco, H. (2007). Diabetes Mellitus o la enfermedad de la orina dulce. *CMHL Radio Nuevitas, emisora de la Radio Cubana en Internet*. “Recuperado el” 25 de noviembre de 2010 “de” http://www.radionuevitas.co.cu/secciones/salud_111207.asp
12. Brannon, L. F., J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
13. Castillo, Y. (2008). *Caracterización del funcionamiento emocional de pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un enfoque psiconeuroendocrino*. Tesis de Maestría, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
14. Castro, G.; Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005) Intervención psicológica en pacientes con diabetes mellitus. *Duazary*. 2 (2) 147-150. “Recuperado el” 29 de mayo de 2011 “de” <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method>
15. Chavey, M. D., M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1). “Recuperado el” 11 de diciembre de 2010 “de” http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N1/10_Psicodiabetes
16. Centro de Apoyo de APA (2007). Salud y bienestar emocional. “Enfermedades Crónicas.” “Recuperado el” 30 de mayo de 2011 “de” <http://www.apa.org/centrodeapoyo/contact.aspx>
17. Ciencia, B. (2011). Diabéticos “mal diagnosticados”. *Periódico Granma*. (4 de marzo)
18. Cortez, M. (2001). Variables que Intervienen en el Estilo de Afrontamiento de la Diabetes. *Artículo basado en la Tesis de Grado en Psicología*. “Recuperado el” 30 de mayo de 2011 “de” <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal9/pag2.htm>
19. De Acosta, O. (1971). *Diabetes Mellitus*. La Habana: Ciencia-Técnica.



20. de la Osa, J. (2010). Uno de cada 22 cubanos padece de diabetes mellitus. *Periódico Granma*. (11 de noviembre)
21. Fernández-Miró, M. G., A. (2008). Epidemiología de la diabetes mellitus en diferentes etnias. “Recuperado el” 10 de noviembre de 2010 “de”
http://www.dmtipo2.com/pages/diabetes_y_ramadan_01.php
22. Fisher, L. W., K. (2000). Can Addressing Family Relationships Improve Outcomes in Chronic Disease? *Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease*, 49 (6). “Recuperado el” 25 de mayo de 2011 “de”
http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2549&issue=June_2000&UID
23. Fitz-Patrick, D. (1996). Diabetes. *Diabetes and Hormone Center of the Pacific*. “Recuperado el” 23 de mayo de 2011 “de”
<http://www.endocrinologist.com/Espanol/diabetes.htm>
24. Gaona, B.; Fernández, T; Martínez, C y Ramos, B. (2010). Detección de necesidades psicoeducativas y bienestar psicológico en estudiantes de Psicología. “Recuperado el” 26 de mayo “de”
<http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/congresos/segundo.../15.doc>
25. García, J. (2004). Evaluación de la Calidad de Vida en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1: El caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. “Recuperado el” 9 de diciembre de 2010 “de” OMA DE LA ROSA –
<http://dialnet.unirioja.es>
26. García, R. S., R.; Peralta, R. (1996). Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad. *Revista Cubana Endocrinología*. 7(1)
“Recuperado el” 10 de mayo de 2011 “de”
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm
27. García, R. y. S., R. (2001). Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino dependientes (PEDNID-LA). *Revista*



- Cubana de Endocrinología*, 12 (2). “Recuperado el” 10 de mayo de 2011 “de”
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532001000200004&script=sci_arttext&lng=en.
28. García, R. y. S., R. (2006). Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*, 17. “Recuperado el” 11 de mayo de 2011 “de”
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532006000300002&script=sciarttext>.
29. González, A. A., E.; Martínez, R.; Ponce, E. (2007). Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. 143, 453-462. “Recuperado el” 3 de mayo de 2011 “de”
<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=show>
30. González, F. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
31. Hernández, D. (2011). *Factores de riesgo asociados al tabaquismo en los estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas*. Tesis de Diploma. Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
32. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4. ed.). México: McGrawHill.
33. Herrera, O. (2007). *Usted puede controlar su diabetes*. La Habana: Científico-Técnica.
34. Hirsch, A. W., S. (2010). Diabetes y depresión. “Recuperado el” 7 de diciembre de 2010 “de” http://clinidiabet.com/es/infodiabetes/salud_emocional/11.htm
35. Jiménez, M. D., M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana.*, 25, 126-143. “Recuperado el” 20 de marzo de 2011 “de” <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902512>.



36. Knapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Félix Varela.
37. Lane J, M. C., Willians P, Parekh P, Feinglos M, Surwit R. (2000). Personality correlates of glycemic control type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, 1321-1325.
38. López, J. (2010). Proceso de atención integral, continuo y compartido del paciente con diabetes. Plan de actuación a las personas con diabetes tipo 2 del equipo multidisciplinar de atención primaria y de atención especializada. *Anexo al plan integral de Diabetes Mellitus de Castilla a la Mancha 2007-2010*. España: Consejería de salud y bienestar social. Junta de comunidades de Castilla- La Mancha.
"Recuperado el" 26 de abril de 2011 "de"
<http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plandm.pdf>.
39. Lustman P, A. R., Freedland K, De Groot M, Carney R, Clouse R. (2000). Depression and poor glycemic control. A meta- analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942.
40. Matarama, M. (2005). *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas.
41. Martín, E.; Querol, M.; Larsson, C.; Renovell, M. y Leal C. (2007) Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances en Diabetología*, 23(2) 88-93. "Recuperado el" 25 de mayo de 2011 "de"
<http://www.sediabetes.org/revista/revistaVerArticulo.asp?idRevista=12&id>
42. Merck. (2007). *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. (11 española ed.). Madrid: Elsevier.
43. Molina, I.; Orrego, A.; Londoño, F.; Moreno, E. () Diabetes y obesidad. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Colombia: Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME – "Recuperado el" 24 de Mayo de 2011 "de"
<http://www.scribd.com/doc/6604534/Diabetes-Mellitus-Y-Obesidad>.



44. Molerio, O. (2004). *Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial*. Tesis de Doctorado, Santa Clara Universidad Central de Las Villas.
45. Navarro, D. (2007). *Diabetes Mellitus. Menopausia y osteoporosis*. La Habana: Científico- Técnica.
46. Noda, J. P., J.; Malaga, G.;Aphang, M. (2006). Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. "Recuperado el" 10 de enero de 2011 "de" <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/19-2/v19n2ao4.htm>
47. Norris, S. M. M. E., M.; Narayan, V. (2008). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. "Recuperado el" 17 de mayo de 2011 "de" <http://care.diabetesjournals.org/content/24/3/561.full>
48. Ortiz, M. y. O., E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135. "Recuperado el" 25 de abril de 2011 "de" <http://www.scielo.cl/cgi-bin/fbpe/fbtext?pid>
49. Pantoja, A.; Calonge, A.; Mora, E.; Beléndez, M.; Fuentes, M. (2010). Anexo del Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007-2010. España: Consejería de salud y bienestar social. Junta de comunidades de Castilla- La Mancha. "Recuperado el" 26 de abril de 2011 "de" <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plandm.pdf>.
50. Pérez, A., Alonso, L., & García, A. (2008). Intervención educativa en diabéticos tipo 2. "Recuperado el" 2 de mayo de 2011 "de" http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi03409.htm
51. Pérez, V. (2010). El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26. "Recuperado el" 19 de mayo de 2011 "de"



http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252010000200011&script=sci_arttext

52. Quevedo, T. (2007). *Cuidadores de pacientes Alzheimer: Una aproximación al estudio de sus necesidades*. Tesis de Maestría, Santa Clara. Universidad Central de las Villas.
53. Ramos, N. (2004). Apoyo Psicológico. “Recuperado el” 22 de abril de 2011 “de” <http://www.utesna.com/documentos/APOYO%20PSICOLOGICO2004.pdf>
54. Reeds, D., Patterson, B., & Okunade, A. (2011). Ginseng and Ginsenoside Re Do Not Improve β -Cell Function or Insulin Sensitivity in Overweight and Obese Subjects With Impaired Glucose Tolerance or Diabetes. *Diabetes Care* 34, 1071-1076. “Recuperado el” 18 de junio de 2011 “de” <http://care.diabetesjournals.org/gca?submit=Get+All+Checked+Abstracts&gca>
55. Roca, M., Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Félix Varela.
56. Rodríguez, A. (2009) Investigación sobre las necesidades educativas especiales: ¿qué y cómo investigar en Educación Especial? *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*. 5-3 (1) 97-112. “Recuperado el” 26 de abril de 2011 “de” <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plandm.pdf>
57. Rodríguez, M. (2008). *Relación médico-paciente*. La Habana: Ciencias Médicas.
58. Rodríguez, V. Solano, G.; Sumaya, G. (2003). Intervención Psicológica Integral al Paciente con Diabetes Mellitus. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. “Recuperado el” 19 de mayo de 2011 de” http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=1
59. Rowland, C. (2008). Personas con Diabetes también pueden sentir dolor. “Recuperado el” 31 de enero de 2011 “de”



<http://www.analitica.com/va/medicinaysalud/opinion/5154173.asp>

60. Sabrina, N. (2008). *Caracterización del funcionamiento emocional en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. Tesis de Diploma, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
61. Shrestha, S., Zhang, P., Albright, A., & G., I. (2011). Medical Expenditures Associated With Diabetes Among Privately Insured U.S. Youth in 2007 *Diabetes Care*, 34, 1097-1101. “Recuperado el” 17 de mayo de 2011 “de” <http://care.diabetesjournals.org/gca?submit=Get+All+Checked+Abstracts&gca>
62. Simón, M. (1999). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
63. Soto, K. (2010). *Propuesta de una Guía Psicoeducativa para fomentar la adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA*. Tesis de Diploma, Santa Clara Universidad Central de Las Villas.
64. Torres, O. (2009). *Usted puede controlar su diabetes*. (2da ed.). La Habana: Científico-Técnica.
65. Unwin, N. R., G.; Whiting, D. (2010). Diabetes tipo 2, su prevención y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. *Internacional Diabetes Federation*, 55, “Recuperado el” 26 de abril de 2011 “de” <http://care.diabetesjournals.org/gca?submit=Get+All+Checked+Abstracts&gca>
66. Vinaccia *et al.* (2010). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. *Suma Psicológica*, 13 (1). “Recuperado el” 26 de abril de 2011 “de” dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2567573...0
67. Vinaccia, S. y. c. (2004). Conducta Anormal de Enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud.*, 14 (1).

Referencias



68. Wasserman, L. I. T. E. A. (2006). La diabetes como problema biopsicosocial multidimensional. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 78-85.
69. Zaldívar, D. F. (2002). *El estrés en directivos. Técnicas para su afrontamiento y reducción. Selección de lecturas*. La Habana.: Científico- Técnica.
70. Zaldívar, G. y R. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Científico- Técnica.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas

Mediante este documento pedimos su colaboración voluntaria para realizar un estudio con el objetivo de identificar las principales necesidades psicoeducativas de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Usted ha sido seleccionado (a) para conformar nuestra muestra, es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio.

Se le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar tiene el derecho de abandonar el estudio en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectara en nada. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria: He entendido el propósito de ese estudio y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y el de otros.

Firma del paciente _____

Firma de la Investigadora _____

Anexo 2

Revisión de la Historia Clínica

Objetivos:

- Explorar el estado clínico y psicológico actual del paciente.
- Indagar en datos de interés para la comprensión de la enfermedad y la vivencia de la misma por parte de los pacientes objetos de estudio.
- Registrar los indicadores clínicos de cada paciente objeto de estudio.

Indicadores:

- Datos generales del paciente.
- Historia de la enfermedad.
- APF
- APP
- Registro de Indicadores clínicos del paciente.
- Estado clínico actual. (Grado de Control metabólico de la enfermedad)
- Enfermedades concomitantes del paciente.
- Tratamiento.
- Pronóstico.
- Eventos vitales asociados a la enfermedad.
- Actitud ante la enfermedad.
- Estado emocional actual.
- Adherencia terapéutica.

Anexo 3

Entrevista al Médico.

Tipo de entrevista: Semi-estructurada.

Objetivos:

- Describir la situación clínica de cada paciente.
- Explorar las necesidades psicoeducativas de este tipo de paciente desde la perspectiva del especialista.

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Indicadores clínicos de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Historia de la enfermedad actual.
- Estado clínico actual.
- Enfermedades concomitantes del paciente.
- Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Adherencia terapéutica.
- Impacto psicológico de la enfermedad.
- Necesidades que refieren los pacientes en el manejo de la enfermedad
- Principales necesidades identificadas por los especialistas en el tratamiento integral del paciente diabético.

Anexo 4

Cuestionario de Necesidades Psicoeducativas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El Centro Provincial de atención y educación al paciente diabético, en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas se han proyectado en la investigación de las principales necesidades que vivencian los pacientes con diabetes tipo 2 para el logro del manejo de su enfermedad. Con el objetivo de garantizar la calidad de la misma requerimos de su colaboración. Por ello, le pedimos que responda las preguntas que aparecen a continuación. No hay respuestas buenas ni malas, solo nos resulta imprescindible la sinceridad de sus respuestas.

Edad ____ Sexo ____ Tiempo de evolución de la enfermedad____

1- ¿En qué medida cree estar informado sobre las consecuencias de la enfermedad?

Suficientemente Informado____ Medianamente Informado____

No Informado____

2- ¿Por qué vía adquirió ese conocimiento?

3- ¿Tiene usted dudas sobre el tratamiento que debe cumplir o sobre otros aspectos relacionados con su enfermedad?

No _____ SI _____

¿Cuáles?_____



4-¿Qué factores considera que influyen en el debut y periodos de descontrol metabólico de la enfermedad?

5- ¿Le gustaría estar más informado sobre el tema de la Diabetes?

Sí ____ No____

6- ¿Qué conoce sobre los riesgos asociados a la enfermedad?

7- ¿Aparece en el Centro de atención y educación divulgación gráfica acerca de temas vinculados a la Prevención de la enfermedad?

Sí ____ No____

8- ¿Has participado en conversatorios de orientación sobre el manejo de la enfermedad?

Sí ____ No____

9- Escriba algunas sugerencias que considere contribuirían a mejorar el conocimiento que sobre la enfermedad tiene los pacientes diabéticos.

10- ¿Qué tipo de información le interesaría obtener?

11- Mediante que vía le gustaría obtenerla:

Charlas ____ Trabajos grupales ____

Información digitalizada ____ Plegables ____

Radio ____

Bibliografía especializada ____

12- ¿Qué personas preferiría que le ofreciera información al respecto?

Especialistas de la Salud ____ Psicólogos ____ Especialistas en el tema ____

Anexo 5

Entrevista psicológica al paciente.

Tipo de entrevista: Semi-estructurada.

Objetivos:

- Explicar los objetivos de la investigación.
- Lograr el consentimiento informado de los pacientes para iniciar la investigación.
- Indagar en las vivencias del paciente asociadas a la enfermedad..
- Profundizar en las necesidades psicoeducativas del paciente.

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Características de personalidad.
- Vida social, laboral y Familiar.
- Presencia de eventos vitales.
- Presencia de estrés cotidiano.
- Vivencias asociadas a la enfermedad.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Factores de riesgo asociados a la enfermedad.
- Estrategias de afrontamiento a la enfermedad
- Adherencia terapéutica.
- Apoyo social.
- Necesidades Psicoeducativas del paciente en relación a la enfermedad.

Anexo 6

Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.

Paciente: _____

Edad: _____

Tiempo de diagnosticada la DM: _____

1-. La DM es una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por:

___ Aumento de niveles de azúcar en sangre.

___ Por mal funcionamiento del Páncreas.

___ Por mal funcionamiento del hígado.

___ No sé.

2-. Según las manifestaciones clínicas la DM se clasifica en:

___ Tipo 1 y tipo 2 solamente.

___ Tipo 1, 2, Gestacional y por otras causas.

___ No sé

3-. La hipoglucemia es:

___ Altos niveles de glucosa en sangre.

___ Bajos niveles de glucosa en sangre.

___ No sé.

¿Ante esta complicación qué hacer? ___ Comer alimentos dulces.

___ Adelanto del horario de comidas.

___ No sé.

4-. La hiperglucemia es:

___ Altos niveles de glucosa en sangre.

___ Bajos niveles de glucosa en sangre.

___ No sé

¿Ante esta complicación qué hacer? ___ Reposo.

___ Ejercicio físico.

___ Tomar agua.



___ No sé.

5-. La glucemia se considera normal cuando está:

- ___ En ayunas por debajo de 6.
- ___ En ayunas por debajo de 8.
- ___ Pasada dos horas de ingerir alimentos por debajo de 10.
- ___ No sé.

6-. De la realización de Bénédicte responda:

- ___ La coloración azul clara se considera normal.
- ___ La coloración azul fuerte se considera normal.
- ___ La coloración naranja y rojo ladrillo se consideran niveles elevados.
- ___ No sé.

7-. Un paciente con DM que se administra insulina necesita:

- ___ Inyectarse todos los días.
- ___ Inyectarse cuando se tienen altos niveles de glucosa.
- ___ No sé.

8-. La insulina se debe poner:

- ___ Solamente en los glúteos.
- ___ Se debe rotar en glúteos, brazos, muslos y abdomen.
- ___ No sé.

9-. Para un buen control de nuestra salud debemos alimentarnos:

- ___ Con 6 frecuencias al día.
- ___ Con 3 comidas fuertes solamente.
- ___ No sé.

10-. De nuestra dieta debemos eliminar totalmente:

- ___ Las hortalizas y verduras.
- ___ Las viandas.
- ___ Los carbohidratos.
- ___ Los azúcares simples (dulces, helados...).
- ___ No sé.

11-. Para el cuidado de sus pies es importante:

Aplicarse yodo, alcohol y otros productos para eliminar callos, ampollas y otras afecciones.

Visitar al podólogo ante cualquier lesión.

No sé.

12-. Debemos acudir al estomatólogo cuando:

Se tiene una pieza en mal estado.

Preventivamente cada 6 meses.

No sé.

13-. Los pilares que se deben tener en cuenta para un correcto tratamiento son:

Medicamentos y dieta solamente.

Medicamentos, dieta, ejercicio y educación.

No sé.

14-. El ejercicio físico es muy beneficioso porque:

Alivia el estrés.

Se puede eliminar el medicamento.

Tonifica los músculos.

No sé.

15-. Algunas recomendaciones para hacer ejercicio son:

Usar calzado cómodo.

Estar descalzo.

Tomar agua antes, durante y después del ejercicio.

No sé.

16-. Estar bien controlado metabólicamente significa:

Estar libres de síntomas (hipoglucemia e hiperglucemia).

Sentirnos bien.

Podemos comer de todo e incluso dulces.

No sé.

Anexo 7

Entrevista Clínica centrada en la Enfermedad (Diabetes Mellitus Tipo 2)

Tipo de entrevista Semiestructurada.

Objetivo:

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Historia de la enfermedad actual.
- APF
- APP
- Tratamiento Actual
- Adherencia terapéutica
- Grado de control metabólico.
- Conocimiento de las características de la enfermedad
- Actitud ante la enfermedad
- Entrenamiento en automonitoreo del control metabólico
- Necesidades identificadas para el manejo de la enfermedad.
- Comportamientos de riesgo
- Estrategias de afrontamiento

Anexo 8

Factores de riesgo.

- Edad: _____ Sexo: _____
- Actualmente vive en: Zona rural _____ Zona Urbana _____
- Color de la piel: Blanca _____ Negra _____ Mestizo _____
- ¿Tiene familiares *con Diabetes*?
_____ Madre _____ Padre _____ Hermanos _____ Pareja
_____ Abuela materna _____ Abuelo materno _____ Tíos maternos
_____ Abuela paterna _____ Abuelo paterno _____ Tíos paternos
_____ Primos _____ Hijos
- ¿Padece Ud. de otras enfermedades?

- ¿Cuál es su peso actual? _____
¿Practica ejercicios físicos? No _____ Si _____
- ¿Con qué frecuencia?
Diariamente _____ Semanalmente _____ Algunas veces _____ Nunca _____
- ¿Qué tipo de ejercicios realiza?
Correr ___ Ejercicios aerobios ___ Pesas ___ Montar bicicleta ___ Caminar ___
- ¿Fuma? No _____ Si _____
- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente? _____
- ¿Qué acostumbra a fumar?
Cigarros _____ Cigarros con filtro _____ Tabaco _____
- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca _____ Casi nunca _____ Ocasionalmente _____ Solo en fiestas _____
Casi todas las semanas _____ Casi todos los días _____ Todos los días _____
- ¿Qué tipo de bebidas acostumbra a beber?



Ron _____ Vino _____ Cerveza _____ Alcohol _____

- ¿Qué cantidad de bebidas ingiere semanalmente?

- ¿Cuida su dieta alimenticia? Si _____ No _____ A veces _____

- ¿Con qué tipo de aceite prepara los alimentos?

Aceite animal _____ Aceite vegetal _____ Manteca de cerdo _____

- ¿Acostumbra a comer?

Sin sal _____ Con poca sal _____ Normal _____ Más bien salados _____

- ¿Acostumbra a echar sal a las ensaladas u otras comidas después de preparadas?

Nunca _____ A veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____

- ¿Consume vegetales?

Casi nunca _____ A veces _____ Con frecuencia _____ Siempre _____

- ¿Toma café? No _____ Si _____ ¿Cuántas tazas en el día? _____

- ¿Con quienes convive?

- ¿En qué medida se siente apoyado por sus familiares?

No apoyado _____ Poco apoyado _____ Apoyado _____ Muy apoyado _____

- ¿Qué tipo de ayuda le ha brindado su familia?

Anexo 9

Entrevista al familiar

Tipo de entrevista: Semi-estructurada.

Objetivo: Profundizar en las vivencias del paciente asociadas a la enfermedad

Explorar las necesidades psicoeducativas del paciente desde la perspectiva de los familiares.

Indicadores:

- Historia de la enfermedad actual del paciente.
- Vida social, familiar y laboral del paciente.
- Características de personalidad del paciente.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Eventos vitales asociados a la enfermedad.
- Actitud ante la enfermedad.
- Estado emocional actual.
- Preocupaciones actuales.
- Estilos de afrontamiento a la enfermedad.
- Adherencia terapéutica.
- Principales necesidades para el manejo de la enfermedad.

Anexo 10

Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad. (M. Álvarez y colaboradores)

Nombre: _____

A continuación presentamos algunas de las conductas más utilizadas por las personas al enfrentar situaciones estresantes. Marque con una X aquellas que usted está utilizando en el presente y con un círculo aquellas que utilizaba antes de enfermar. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es imprescindible su sinceridad.

- 1- Leo materiales especializados sobre mi padecimiento.
- 2- Consulto a varios especialistas en la materia.
- 3- Pregunto a personas que hayan tenido experiencias similares.
- 4- Actúo rápida y directamente sobre el problema.
- 5- Trato de disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos.
- 6- Trato de disminuir la repercusión distrayéndome.
- 7- Me retraigo y aísto de los demás.
- 8- Inhibo mis decisiones y me paralizó.
- 9- Inhibo mis decisiones para estudiar qué me conviene más.
- 10- Le quito importancia a lo que me pasa.
- 11- Me disocio y pienso en otras cosas.
- 12- Pienso en que todo saldrá bien.
- 13- Me siento pesimista.
- 14- Cambio mi forma de pensar o de ver el problema.
- 15- Hago parálisis de partes del cuerpo.
- 16- Me duele la cabeza.
- 17- Me cuesta trabajo dormir.
- 18- Presento problemas gastrointestinales, como diarreas, dolores de estómago, etc.
- 19- Presento problemas cardiovasculares, como arritmias, taquicardias, hipertensión.
- 20- Presento asma, alergias, erupciones en la piel, etc.
- 21- Disminuyo los deseos sexuales.
- 22- Trato de resolver relaciones afectivas con personas que han sido importantes para mí.

Anexo 11

Cuestionario de Adherencia Terapéutica.

1- ¿Con qué frecuencia acude al médico para examinar su estado de salud?

Semanalmente _____ Cuando me siento mal _____

Quincenalmente _____ Cuando me citan _____

Cada un mes _____ Casi nunca _____

Cada tres meses _____ Nunca _____

2- ¿Cada qué tiempo se realiza un chequeo médico de rutina?

Una vez cada año _____ Cada 5 años _____

Una vez cada 3 años _____ Cuando me siento mal _____

3- ¿Con qué frecuencia su médico de familia lo visita para verificar su estado de salud?

Cada un mes _____ Cada 6 meses _____ Una vez al año _____

4- ¿Qué tratamiento le ha indicado su médico?

5- ¿Cuán efectivo le resulta?

_____ Efectivo _____ Poco efectivo _____ Inefectivo.

6- El médico le explicó sobre la importancia de incorporar modificaciones en su estilo de vida? Si _____ No _____ No recuerdo _____

• ¿Cuáles le menciono?



- ¿Has incorporado alguna de estas modificaciones? Si _____ No _____
- ¿Cuáles?

7- ¿En qué medida cumple el tratamiento indicado por su médico?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces___ A menudo ___ Siempre _____

Fundamente su respuesta anterior.

8- ¿Cuándo tomas los medicamentos?

___ Siempre los tomo cuando me corresponde según las indicaciones médicas.

___ Regularmente me los tomo según el plan.

___ Cuando me lo recuerdan.

___ Cuando me siento mal.

9- ¿Lleva un registro de los resultados de sus análisis de glicemia, colesterol y triglicéridos?

_____ Si _____ No _____ A veces.

10-¿Su médico lleva un registro de su control metabólico?

_____ Si _____ No _____ A veces.

11-Cuándo el médico le dice que tiene la glicemia alta. ¿Qué conducta asume?

___ No le doy ninguna importancia y sigo mi rutina diaria.

___ Me tomo los medicamentos y sigo mi rutina diaria.

___ Procuro quedarme en la casa y mantenerme tranquilo.

___ Me tomo un sedante.

___ Otras

¿Cuáles? _____

12-Atendiendo al rigor con que Ud. cumple las orientaciones dadas por su médico se clasificaría en:

No cumplidor____ Poco cumplidor____ Medianamente cumplidor____
Cumplidor____ Muy cumplidor____

13- ¿En qué aspecto se basa para clasificarse en la pregunta anterior?

En relación a:

Asistencia a consultas médicas.

No Asisto____ Asisto a veces____ Asisto siempre____

Debido a que:

Se me olvida____ No estoy bien informado____ No lo creo necesario____

Cumplimiento al tratamiento farmacológico.

No tomo los medicamentos____ A veces tomo los medicamentos____

Siempre tomo los medicamentos____

Debido a que:

Se me olvida____ No estoy bien informado____ No lo creo necesario____

Modificaciones necesarias en el estilo de vida.

No he adoptado ningún cambio____ He adoptado algunos cambios____

He adoptado todos los cambios necesarios____

Debido a que:

Se me olvida____ No estoy bien informado____ No lo creo necesario____

14-¿En su caso que factores inciden en el nivel de cumplimiento del tratamiento médico?
