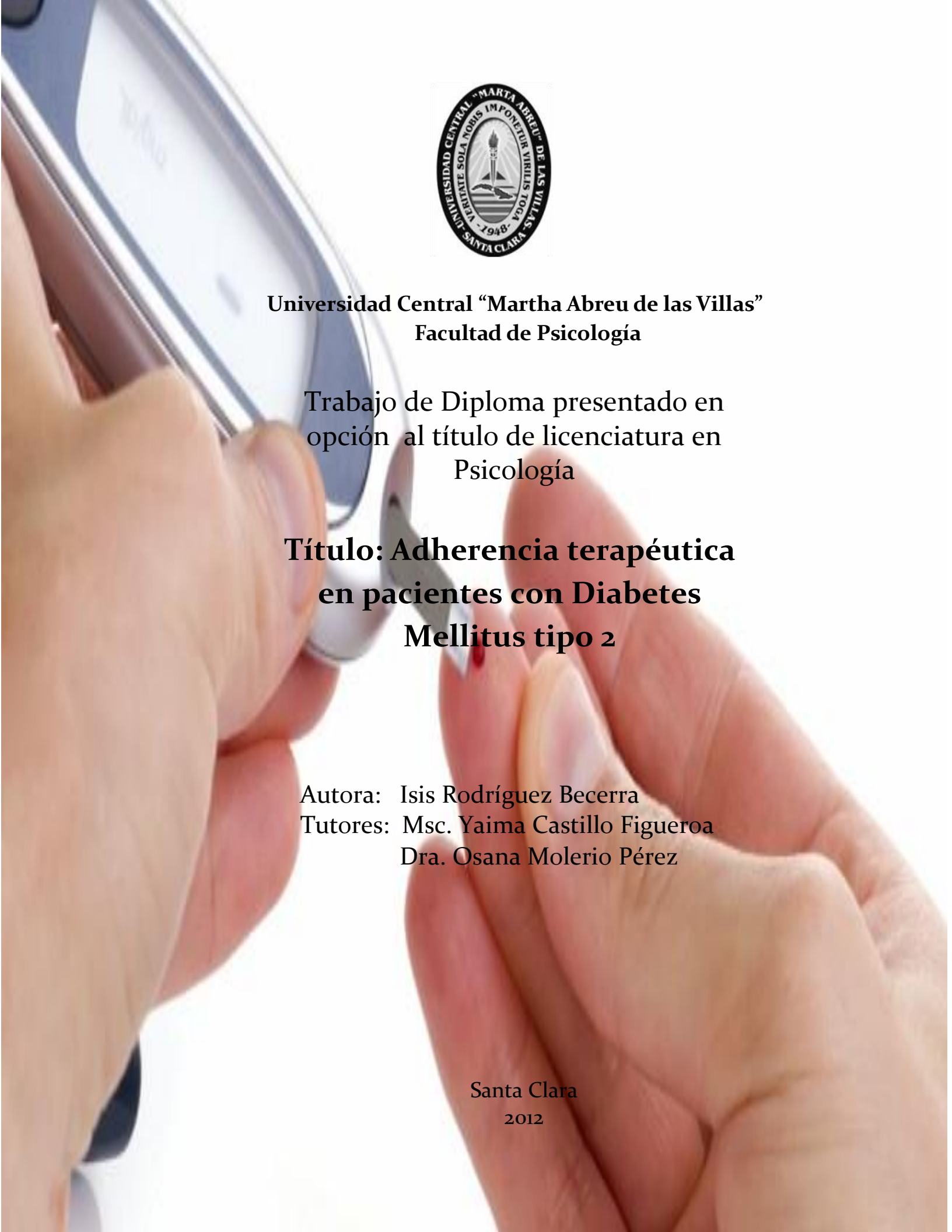


Universidad Central "Martha Abreu de las Villas"
Facultad de Psicología

Trabajo de Diploma presentado en opción al título de licenciatura en Psicología

Título: Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Autora: Isis Rodríguez Becerra
Tutores: Msc. Yaima Castillo Figueroa
Dra. Osana Molerio Pérez

Santa Clara
2012

"Si al franquear una montaña en la dirección de una estrella, el viajero se deja absorber demasiado por los problemas de la escalada, se arriesga a olvidar cual es la estrella que lo guía".

Antoine de Saint-Exupery

A mis padres,

por ser evangelio vivo.

A mi mamá, por amarme después de infinito.

A mi papá, por iluminar mi mente en noches de apagón.

A mi hermano, por sentirse orgulloso de lo que soy.

A Mercy, por enseñarme a ser psicóloga.

A mi tío Denys, por ser una de mis personas favoritas.

A mi prima Emi, por contar con su apoyo en los momentos difíciles.

A Javi, por la información y el aliento.

A mis amigas...

Lili y Yailín, por sostenerme desde que comenzaron a moverse las primeras piezas de esta pesada maquinaria.

Lisandra, Angela, Sady y Liset, por construir con amor una caja para que esta pequeña oveja tenga siempre un lugar en sus planetas.

A mi tutora, por su inteligencia y profesionalismo. Por darme la oportunidad de trabajar juntas, por saltarse la línea de lo establecido y por hacer que todo parezca fácil con sonrisas y palabras de consuelo.

A Hilda y demás miembros del Centro de Atención al Diabético, por la acogida y apoyo incondicional.

A los pacientes, por su colaboración y respeto.

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar el comportamiento de las variables psicosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Centro de Atención y Educación al Diabético de Villa Clara. Se trabajó con una muestra no probabilística incidental casual de 45 pacientes.

Se empleó una alternativa metodológica mixta a partir del enfoque predominante o principal, constituyendo el alcance cuantitativo, el que pauta la conducción epistemológica del estudio. Se aplicó un sistema de técnicas integrado por entrevistas y cuestionarios. Para el análisis de los datos se realizó el procesamiento estadístico computacional utilizando el paquete de ciencias sociales (SPSS). Este se complementó con análisis cualitativo de datos, a partir de los métodos: análisis de contenido categorial y triangulación.

Los resultados obtenidos muestran bajos niveles de adherencia terapéutica en los pacientes objeto de estudio, los cuales solo se involucran en el cumplimiento de su régimen en periodos de descontrol metabólico o cuando vivencian complicaciones asociadas a la enfermedad. Se evidencian dificultades en la relación médico – paciente, en el conocimiento de la enfermedad, así como inadecuados estilos de afrontamiento a la misma, que pudieran estar influyendo en los bajos niveles de adherencia presentados. Sin embargo, se identifican como facilitadores de este proceso el apoyo social y el dominio de las características de su régimen terapéutico.

Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones válidas para los profesionales encargados de la atención de estos pacientes.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus tipo 2, Adherencia terapéutica.

Abstract

The present investigation was carried out with the objective of characterizing the behavior of the psico-social and clinical variables those are related with the therapeutic adherence, in patient with Diabetes Mellitus type 2 that attend the Center of Attention and Education to the Diabetic of Villa Clara. The sample utilized was 45 patients' casual incidental probabilistic.

A mixed methodological alternative was used starting from the predominant or main focus, constituting the quantitative reach, the one that averages the epistemological conduction of the study. For the analysis of the data was carried out the prosecution stadistical computational using the package of social sciences (SPSS). This it was supplemented with qualitative analysis of data, starting from the methods: content analysis by categories and triangulation.

The results show low levels of therapeutic adherence in the patients study object, those which only are involved in the execution of their regime in periods of metabolic uncontrolled or when have experience complications associated to the illness. Difficulties are evidenced in the relationship doctor - patient, in the knowledge of the illness, as well as inadequate confrontation styles to the same one that you/they could be influencing in the first floor presented levels of adherence. However, they are obtained as facilitators of this process the social support and the domain of the characteristics of their therapeutic régime.

Finally they offer conclusions and valid recommendations for students and professionals interested in developing this investigation area.

Key words: Diabetes Mellitus type 2, Therapeutic Adherence.

Índice

Introducción:..... 1

Capítulo I: Fundamentación Teórica 7

Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud..... 7

1.1 Antecedentes históricos sobre la enfermedad 7

1.2 Diabetes Mellitus: definición y cuadro clínico..... 9

1.3 Clasificación de la Diabetes Mellitus: Su etiopatogenia 10

1.4 Características epidemiológicas de la Diabetes Mellitus 14

Epígrafe 2. Diabetes Mellitus tipo 2 (no insulino dependiente)..... 16

2.1 Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus tipo 2 17

2.2 Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus tipo 2..... 20

2.3 Pronóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2 23

2.4 Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 24

2.5 El proceso de afrontamiento a la enfermedad 28

Epígrafe 3. Adherencia terapéutica. Modelos conceptuales. Factores asociados a su cumplimiento 30

3.1 Definiciones y términos de adherencia terapéutica 31

3.2 Factores determinantes en la adherencia terapéutica 32

3.3 Ajustes en el estilo de vida del paciente diabético..... 41

3.4 Desafíos e importancia de la adherencia en la Diabetes Mellitus tipo 2 41

Capítulo II. Metodología 44

2.1 Diseño Metodológico 44

2.2 Selección de la muestra 45

2.3 Definición de las variables objeto de estudio 49

2.4 Descripción de instrumentos y técnicas utilizados en la investigación 53

2.5 Procedimientos 58

2.6 Procesamiento de los datos 59

Capítulo III. Análisis de los Resultados 61

3.1 Estudio descriptivo de las variables piscosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica 61

3.2 Análisis integral de los resultados 88

Conclusiones: 94

Recomendaciones 96

Referencias Bibliográficas 97

Anexos 108

Introducción:

El crecimiento del número de enfermedades crónicas no transmisibles se registra en la actualidad como una megatendencia global. Esta tendencia se vincula de manera intrínseca con la reducción de la mortalidad y de la fecundidad, junto al envejecimiento de la población, lo que hace que figure como un reto que la expectativa de vida se prolongue a más de 80 años.

El aumento y la prevalencia de estas afecciones crónicas y degenerativas en todo el mundo, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, sin dejar de lado enfermedades neurológicas o reumáticas, al mismo tiempo que afectan la calidad de vida de la personas constituyen la causa de alrededor del 60% de las muertes anuales, de las cuales el 80% ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Esto trae consigo que se afecten de manera alarmante los sistemas de salud del mundo, los cuales se ven sometidos a mayores demandas tanto de sus recursos humanos como materiales, teniendo en cuenta que las mismas superan su capacidad de respuesta.

Según el informe de las Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011, estas enfermedades figuran en la lista de las diez principales causas de muerte que aquejan a la población mundial, especialmente en países de medianos y altos ingresos. En este sentido, la OMS alerta sobre la importancia y necesidad de prever y comprender su relevancia y de intervenir inminentemente en ellas.

Uno de los principales factores que incide en el control de estas enfermedades está representado por la adherencia o cumplimiento terapéutico. La falta de adherencia produce también pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal, el paciente queda expuesto al riesgo de padecer complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Por otro lado, incrementa la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y/o tratamiento; generando problemas en la relación médico-paciente e insatisfacciones y frustraciones en ambos. Desde el punto de vista social significa una enorme carga económica para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados

de forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos, aumenta el número de consultas médicas, de exámenes clínicos complementarios, y se presentan recaídas, complicaciones y readmisiones que podrían evitarse. (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994). Ello implica además un costo económico para el Sistema Nacional de Salud Pública.

Según los estudios más recientes, los niveles adecuados de adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas son sólo del 50 % y se estima que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo (OMS, 2004). Lo cual quiere decir que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos cumplen con el tratamiento indicado y que el otro 50 % enfrenta el riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Paralelamente, el problema tiende a empeorar si tomamos en consideración la tendencia al aumento de los padecimientos crónicos, cuestión esta que caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (Rodríguez, A. 2010).

Referente a este término una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola, (1982) quienes conceptualizan la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Abordando este fenómeno en el caso específico de la diabetes, es destacable que la adherencia terapéutica no se refiere sólo al consumo de medicamentos, sino que incluye también por el cumplimiento de otras indicaciones de valor como una dieta rigurosa y la práctica sistemática de ejercicios físicos, a lo que se agrega la adopción de hábitos y de un estilo de vida con tendencia al autocuidado. Todos estos aspectos del tratamiento tienen como requisito indispensable el papel protagónico del paciente respecto al mismo, pues es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará (Rodríguez, A. 2010).

La Diabetes Mellitus es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones

en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos. Su origen y etiología pueden ser muy diversos, pero conllevan inexorablemente la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, de la sensibilidad a la acción de la hormona, o de ambas en algún momento de su historia natural. La prevalencia de la DM, sus complicaciones específicas y la presencia de otras entidades que suelen acompañarla hacen de la enfermedad uno de los principales problemas sociosanitarios en la actualidad (Conget, I, 2002).

Afecta hoy entre el 3 y el 7 % de la población mundial, lo que representa un total de 180 millones de personas con este padecimiento. Su carácter irreversible, complejiza su abordaje tanto para los pacientes como para el profesional implicado, debido a que a sus efectos sobre el organismo se agregan condicionantes psíquicas, que pueden generar estrés y conductas atípicas, ya que se supone se deben realizar constantes esfuerzos durante el resto de su vida.

Según la OMS (2011) este padecimiento ocupa el octavo lugar entre las principales causas de muerte en los países de altos ingresos y el noveno en los de medianos ingresos. En Colombia se ubica entre las diez primeras, en México hoy día ocupa el primer puesto y en Cuba el cuarto lugar. Razones por las cuales se le otorga prioridad en la jerarquía de los problemas de salud.

Según los datos aportados por el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud Pública de Villa Clara, en el año 2006 había 23973 casos de pacientes diagnosticados. Mientras que en el año 2007 se produjo un incremento de los mismos llegando a ser 25977 (Castillo, 2008). En el año 2011 esta cifra ascendió considerablemente, alcanzando el valor total de 34 407 pacientes, de ellos 29957, sufren Diabetes tipo 2.

El fenómeno de la adherencia terapéutica en esta enfermedad, constituye una de las prioridades fundamentales en las intervenciones multidisciplinarias que se dirigen a este padecimiento, a partir del conocimiento de los profesionales en cuanto a la implicación que posee esta categoría para el logro de una adecuada convivencia con la enfermedad.

Se describe que los tratamientos que generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral social, familiar), tienden a disminuir los niveles de adherencia. En este sentido, las bajas tasas comunicadas en la diabetes, se asocian, entre otras causas, a las sustanciales modificaciones que para la dinámica de vida impone la enfermedad.

Al respecto, el número de investigaciones sobre la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos desarrolladas en nuestro medio resultan aún limitadas y en su mayoría se concentran en su prevalencia; mas, pocos estudios describen el comportamiento de las variables que se asocian a esta categoría, ni identifican las causas o factores que la determinan. Sin estos datos no es posible acercarnos a definir un perfil claro del paciente diabético incumplidor, en función de implementar estrategias de intervención para aumentar el apego a las indicaciones médicas por parte de los mismos.

Resulta necesaria una investigación que a través de la interacción directa con el paciente diabético identifique cuales son los factores internos y externos, familiares, sociales, clínicos o asociados al prestador de salud que refuerzan su confianza en la medicación formal, en detrimento de otras prácticas en apariencia más seguras y menos dañinas desde su particular punto de vista.

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar la presente investigación, la cual forma parte de un proyecto que se viene realizando con el paciente diabético en Villa Clara a raíz de la creación del Centro de Atención y Educación al paciente diabético. En este sentido, el estudio tributará a la intervención especializada y multidisciplinar que se propone realizar dicho centro, en función de lograr mejores niveles de adherencia en este tipo de paciente.

Para ello se propone como *problema de investigación:*

- ¿Cómo se comportan las variables psicosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Centro de Atención y Educación al Diabético de Villa Clara?

Objetivo General:

- Describir el comportamiento de las variables psicosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Centro de Atención y Educación al Diabético de Villa Clara.

Objetivos específicos:

- Caracterizar clínicamente a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que participan en la investigación.
- Explorar el nivel de conocimientos que poseen dichos pacientes sobre la enfermedad.
- Describir los comportamientos de riesgo que asumen en relación a la enfermedad.
- Identificar las estrategias que más predominan en su afrontamiento a la enfermedad.
- Explorar las características de la relación médico-paciente, del régimen de tratamiento y del apoyo social en la muestra estudiada.
- Determinar el grado de adherencia terapéutica que poseen los pacientes objeto de estudio.

Lograr una adecuada adherencia terapéutica posibilita resolver notables problemas de salud en la población y tiene repercusiones además en el ámbito personal, familiar, médico, económico y social. Al mismo tiempo, contribuye a la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso salud-enfermedad y en el perfeccionamiento de la práctica médica. Una apropiada evaluación de este término se convierte en la antesala de una intervención planificada y orientada a la mejora de su calidad de vida.

Capítulo I: Fundamentación Teórica

Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud

La Diabetes Mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial. En la Declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, y en dependencia del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud.

La Diabetes Mellitus tipo 2 también conocida como no insulinodependiente, es una enfermedad crónica que supone en mayor o menor medida un impacto en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento habitual y estilo de vida cotidiano. Dichos cambios de no ser asumidos auténticamente suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente, categoría entendida como la percepción personal que un individuo tiene acerca de su situación de vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Campillo, 2004).

1.1 Antecedentes históricos sobre la enfermedad

Los primeros referentes de la Diabetes Mellitus se remontan al año 1550 a.c encontrados en el Papiro de Ebers, el cual fue descubierto en 1862 en la antigua Tebas, que en la actualidad se le conoce como Luxor. Este documento se declara como el primer documento donde se hace alusión a una enfermedad caracterizada por la frecuente y abundante eliminación de orina y la utilización de unos remedios a base de determinadas decocciones.

Los egipcios y los romanos indagaron sobre el origen y las consecuencias de la diabetes utilizando métodos que resultaron efectivos para su diagnóstico como la prueba de la orina.

La antigua literatura hindú, en los Vedas, describe la orina de las personas con diabetes como pegajosa, con sabor a miel y con un fuerte poder de atracción a las

hormigas. Cerca de 400 años d.c, Characa y Sushruta, este último considerado el padre de la medicina hindú, hicieron notar lo dulce de la orina y la correlación entre la obesidad y la diabetes, la tendencia de la enfermedad de pasar de una generación a otra a través de una "semilla", y la existencia de dos tipos de enfermedad: uno asociado con emaciación, deshidratación, poliuria y astenia; y otro caracterizado por corpulencia, polifagia, obesidad y somnolencia. Sushruta, llegó incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes que conducía a la muerte y otra que se daba en personas de mayor edad.

Pablo de Aegina refinó más aún el diagnóstico de dypsacus (diabetes) y la asoció a un estado de debilidad de los riñones y exceso de micción que conducía a la deshidratación. También en los antiguos escritos chinos ya se hablaba de la enfermedad de la sed, planteada por Tchangking, luego de la observación de un paciente que ingirió 10 L de agua (Herrera, 2007).

El primero en hablar de diabetes con una palabra de origen griego "diavaino" fue Arteo de Capadocia (siglo II d.c) para describir a la enfermedad con la idea de la dilución de los músculos a través de la orina. Al principio de la Era Cristiana, tanto Arteo de Capadocia como Aulio Cornelio Celso la describieron y le dieron su nombre actual Diabetes (sifón) Mellitus (melli-miel o azúcar). Celso fue el primero en aconsejar el ejercicio físico. Por otra parte, Avicena, médico árabe (siglo lX) describe la gangrena diabética y llama de nuevo la atención sobre el sabor dulce de la orina.

En la actualidad se reconoce que la primera referencia en la literatura médica occidental de orina dulce en la diabetes se debe a Thomas Willis (1621-1675), quien al probar las orinas de los diabéticos, descubrió el sabor "maravillosamente dulce de estas, como embebidas con miel o azúcar", y le da el nombre de Mellitus.

En 1775 Mahtew Dobson (1745-1784) se convierte en el primero en demostrar que el sabor dulce de la orina del diabético se debía al azúcar y también realizó la crucial observación del exceso de esta en la sangre. Posteriormente, Thomas Cawley, describió en 1788 la litiasis pancreática como causa de diabetes, siendo esta la primera referencia fundamentada que relaciona la diabetes y el páncreas.

En 1869, Paul Langerhans (1847-1888) descubre en el páncreas de un mono unos islotes dispersos de células, responsables de la segregación de la insulina. También en este siglo Apollinaire Bouchardat (1806-1886) propone un manejo basado en la alimentación y en el ejercicio como tratamiento para la diabetes. A Bouchardat y a Eugene Melchior Peligot se debe el hallazgo en 1838 que el azúcar en la orina de los diabéticos era glucosa (Rodríguez, A. 2010).

Así progresivamente ha evolucionado el conocimiento acerca de esta enfermedad hasta nuestros días. Sin lugar a dudas su época de esplendor ha sido a partir del siglo XX, en cuyos inicios se expuso la teoría de que la Diabetes Mellitus es una enfermedad del páncreas. También en esta época se denominó insulina a la secreción hormonal de los islotes de Langerhans, aunque aún ésta no había sido aislada.

En 1921, Nicholas Paulescu, profesor de fisiología de la Facultad de Medicina de Bucarest, descubrió la insulina a la cual llamó pancreina, ocho meses antes que el fisiólogo británico John James Rickard Macleod y que los canadienses Frederick Grant Banting y Charles Herbert Best, de Toronto, quienes, 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.

1.2 Diabetes Mellitus: definición y cuadro clínico

La Diabetes Mellitus es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad endocrina y metabólica, crónico-degenerativa de origen multifactorial.

De modo más preciso, la diabetes constituye un desorden del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. Durante la digestión los alimentos se descomponen para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. El regulador fundamental

de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona sintetizada por las células beta de los islotes langerhans del páncreas (Rodríguez, A. 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos (Herrera, 2007).

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados o insuficientes. La disminución o absoluta falta de secreción de insulina por las células pancreáticas, junto a un exceso en la producción de las hormonas circulantes de las que el componente estresante (catecolamina, cortisol y glucagón) determina la elevación patológica de la glucemia, (hiperglucemia), que es el elevado nivel de glucosa en sangre lo cual a su vez produce glucosemia (presencia de cantidades anormales de azúcar en la orina), la que por su parte provoca la poliuria (incremento del nivel de orina), y genera polidipsia (incremento de sed).

Por tales razones resultan frecuentes las manifestaciones de cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia, cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión (Rodríguez, A. 2010).

1.3 Clasificación de la Diabetes Mellitus: Su etiopatogenia

La clasificación actual de la Diabetes Mellitus se caracteriza por el intento de reunir matices etiológicos. La forma de nombrar la enfermedad como insulinodependiente y no insulinodependiente ha desaparecido y se utiliza, en estos momentos, la DM tipo 1 y tipo 2. Los otros dos tipos de DM incluidos en la clasificación hacen referencia

primeramente, a otros tipos específicos de diabetes asociados a defectos genéticos de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades asociadas a procesos que afectan al páncreas exocrino, endocrinopatías, fármacos o sustancias químicas, infecciones, formas infrecuentes de diabetes autoinmunes y a otros síndromes que a veces se asocian a la enfermedad, y segundo, a la diabetes gestacional.

Diabetes mellitus tipo 1

Esta forma de diabetes mellitus corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulinodependiente o juvenil. En la clasificación actual, propuesta por la ADA (1997) la DM 1 se subdivide en dos subtipos, a saber, la DM 1 A o autoinmune y DM 1 B o idiopática.

- Diabetes mellitus tipo 1 A

Nos encontramos frente a una enfermedad inmunoinflamatoria- crónica en la que existe una destrucción selectiva de las células beta del páncreas mediada por linfocitos T activados. En ella, y tras un período preclínico de duración variable, en el que el paciente permanece asintomático, cuando la masa de células productoras de insulina llega a un valor crítico el paciente presenta la sintomatología clásica generada por la insulinopenia y la hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una irrefrenable tendencia a la cetoacidosis si no se instaura tratamiento con insulina exógena.

Aunque en el momento del diagnóstico la presencia de obesidad es un hecho infrecuente, la presencia de la misma no descarta en ningún modo la posibilidad de una DM 1 A.

Hoy día sabemos que también puede diagnosticarse una DM 1 de características autoinmunes en personas de más de 35-40 años, en las que la presentación clínica puede estar mucho más solapada y no necesitar insulina en el momento del diagnóstico, pero que indefectiblemente precisarán este tipo de tratamiento conforme evolucione y descienda la capacidad para secretar insulina. Actualmente este tipo de

DM se conoce como DM tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes of the Adult). (Tuomi T, Carlsoon A, Li H, Isomaa B, Miettinen A, Nilsson, 1999).

Ignacio Conget (2002) manifiesta que, como en la mayoría de las enfermedades autoinmunes, el proceso resulta de la interacción de factores ambientales y genéticos y, como en gran parte de ellas, en la DM 1 A poco conocemos de los factores ambientales desencadenantes (virus tipo Coxsackie, fragmentos de proteínas de la leche de vaca, entre otros) y únicamente conocemos algo de los factores genéticos que hacen susceptible a un determinado individuo a padecer la enfermedad. Alrededor de un 30% de riesgo a este padecimiento, se asocia a la presencia de determinados haplotipos en la región que codifica para los genes HLA en el cromosoma 6, y en especial con los alelos HLA DR y DQ.

Con independencia de que exista una determinada susceptibilidad genética que predispone a desarrollar una DM1 A, en la práctica clínica diaria debemos tener en cuenta que en el 70-80% de casos en los que se diagnostica un nuevo caso de la enfermedad, no existen antecedentes familiares de la misma.

- Diabetes mellitus tipo 1B o idiopática.

Según criterios del *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, s*e conoce poco de su etiología, evolución y pronóstico, debido a que es una entidad de reciente descripción. En contraposición a la DM 1 A, describe a aquellos pacientes con insulinopenia inicial, tendencia a la cetosis o cetoacidosis, en los que no se encuentran datos de autoinmunidad ni haplotipos HLA de predisposición.

Diabetes Mellitus tipo 2

Esta forma de diabetes corresponde a lo que anteriormente se denominaba Diabetes Mellitus no insulinodependiente o del adulto (por encima de los 40 años). El carácter no insulinodependiente de la enfermedad únicamente hacía referencia al tratamiento requerido a lo largo de la historia natural de la enfermedad, con la consiguiente confusión. En nuestros días sabemos, además, que cada vez son más frecuentes los casos de DM 2 diagnosticados en jóvenes, adolescentes y niños.

La importancia relativa de los defectos en la secreción de insulina o en la acción periférica de la hormona en la aparición de la DM 2 constituye un motivo de debate. Teniendo en cuenta la íntima relación que guardan secreción de insulina y sensibilidad a la acción de la hormona en el complicado control de la homeostasis de la glucosa, es prácticamente imposible disecar por separado la contribución de cada una de ellas a la etiopatogenia de la DM 2. Además, debemos tener en cuenta que ambos fenómenos suelen coexistir y participan en una proporción diferente en la fisiopatología de la enfermedad, no sólo según la población estudiada, sino también según el período evolutivo de la misma (De Fronzo, R. 1997).

Por otro lado, la expresión fenotípica de los defectos genéticos que condicionan las alteraciones en la secreción de insulina y en su acción periférica se encuentra modulada por diversos factores ambientales, muchos de ellos consecuencia directa de estas propias alteraciones. Ante esta compleja situación, y con buen criterio, la nueva clasificación de la Diabetes Mellitus de la ADA elude la discusión bizantina y propone que en la DM 2 coexisten ambos defectos, pero que prevalecerá uno u otro según los casos. En las situaciones en las que predomina la resistencia a la insulina, la masa de células beta sufre una trasformación capaz de aumentar su oferta de insulina y compensar la excesiva y anómala demanda. Sea cual sea el defecto inicial en la patogenia de la DM 2, es obvio que el fracaso de la célula beta pancreática es una condición *sine qua non* en el desarrollo final de la enfermedad y en su presentación clínica (Ferranini E. 1997).

Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus

La diabetes tipo MODY, acrónimo que corresponde a maturity onset diabetes of the young, es una entidad heterogénea desde el punto de vista genético, metabólico y clínico. La prevalencia de complicaciones crónicas asociadas a este tipo de diabetes, en algunos casos, puede asemejarse a la observada en los pacientes con diabetes tipos 1 y 2 (Conget, I. 2002).

La diabetes gestacional

Consiste en la hiperglucemia que se identifica por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes tipo 2, pero suele diagnosticarse por las pruebas realizadas durante los exámenes prenatales, más que por la manifestación de sus síntomas.

1.4 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.).

Un 90% de los diabéticos presenta Diabetes tipo 2 y su prevalencia está aumentando en todo el mundo occidental como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios. Por lo general, el comienzo de la Diabetes tipo 2 precede en varios años al diagnóstico clínico y los factores de riesgo más importantes son la edad, la obesidad y la historia familiar de diabetes (Bosch, X. 2002).

En general, las poblaciones más afectadas son aquellas en las que el estilo de vida tradicional ha dejado paso al occidental, o bien se han industrializado rápidamente en un período de tiempo relativamente corto. Esto es especialmente evidente en determinados países del Sudeste Asiático, en algunos de Oceanía o en Reservas

Indias de Norteamérica. A partir de lo anterior, se considera que la DM 2 será una de las epidemias del siglo XXI (Goday, A. 2002).

Se calcula que en los EE.UU la prevalencia de diabetes es del 6,6% entre la población de 20 a 74 años y que probablemente continuará subiendo hasta el 10% en los próximos años. Alrededor de 10 millones de estadounidenses tienen diabetes y se estima que otros 5 millones tienen diabetes no diagnosticada. Se considera que los fallecimientos de pacientes con diabetes, en este país, suponen del 15 al 20% de todas las muertes en la población mayor de 25 años, y estas cifras se duplican en pacientes con edad superior a 40 años (Conget, I. et al, citado de Bosch, X. 2002).

En España, la incidencia de Diabetes tipo 2 se estima en 8 de cada 1000 habitantes por año, la prevalencia es del 6 al 10% según el grupo de edad y la zona estudiada y como dato destacable resulta que casi la mitad de los pacientes desconocen tener la enfermedad. Constituye la tercera causa de mortalidad entre las mujeres y la séptima en los hombres.

En nuestro país, 1 de cada 22 cubanos padecen de Diabetes Mellitus. En los últimos 10 años prácticamente se ha duplicado su prevalencia, tanto así, que en la actualidad un 4.5% de la población es diagnosticada como diabética, un 2.8% es diabética sin diagnóstico y un 12% se encuentra en estado prediabético.

Esta enfermedad crónica ocupa el séptimo lugar en Cuba con 1490 defunciones en el año 2000 (tasa 13,2), con el mayor peso en Ciudad de La Habana con 437 defunciones y una tasa de 19,9. (Ministerio de salud Pública. Anuario estadístico. La Habana 2000.)

Las tasas de prevalencia obtenidas para la DM muestran que en las provincias occidentales son más altas que en el resto de las provincias. Esto puede deberse al diferente desarrollo socioeconómico de las mismas y el predominio de la población urbana en estas provincias (Mahía, M. Pérez, L. 2000).

Epígrafe 2. Diabetes Mellitus tipo 2 (no insulino dependiente)

La DM 2, por lo general, se diagnostica en la adultez, aunque, en los últimos tiempos, se está evidenciando con mayor frecuencia en niños y adolescentes. Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, además, se necesita que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Dichos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. No existen indicadores clínicos que muestren con precisión cual de los dos defectos primarios predomina en el enfermo, 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.

Dentro de los factores de riesgo asociados a la enfermedad podemos encontrar:

- 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 > 88 cm 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.
- Estilo de vida occidental (referido principalmente a la obesidad, dieta e inactividad física).

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con la enfermedad, es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la misma o de sus complicaciones con varios años de anticipación. Influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial), trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida y sobrevida (Herrera, 2007).

2.1 Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus tipo 2

La presentación clínica de la Diabetes Mellitus tipo 2 puede ser muy diversa. Podemos diagnosticar una DM 2 en una analítica de rutina o de cribado de la enfermedad. Puede presentarse con la sintomatología típica de la hiperglucemia. Pero, desafortunadamente, en una gran parte de los casos el diagnóstico ha pasado desapercibido durante años ante la ausencia de sintomatología acompañante y ante su tórpida evolución, y en el momento de reconocer por primera vez la enfermedad son ya evidentes las lesiones propias de algunas complicaciones crónicas de la enfermedad (Conget, I. 2002).

En resumen, podemos afirmar que existe una serie de premisas que caracterizan la patogenia de la DM 2 en las que la mayoría de autores empiezan a ponerse de acuerdo:

- Nos hallamos frente a una entidad con una fisiopatología y traducción clínica heterogénea.

- Se encuentra determinada por componentes genéticos y ambientales (dieta occidental, sedentarismo, etcétera).

- Su herencia es claramente poligénica, lo que significa que es necesaria la presencia de varias anomalías genéticas para que aparezca.

- En su historia natural no debemos confundir entre aquellos determinantes genéticos diabetogénicos: esenciales, específicos de diabetes pero no suficientes por sí solos para generar la enfermedad (genes que determinan defectos en la sensibilidad a la insulina y genes que determinan defectos en la secreción de insulina) y aquellos determinantes genéticos relacionados con la diabetes: no esenciales, no específicos de diabetes pero relacionados con ella y no suficientes por sí solos para producir la enfermedad (obesidad, distribución de la adiposidad, longevidad, etc.).

- Los defectos en la sensibilidad y en la secreción de insulina suelen coexistir, ambos son fenómenos importantes en la fisiopatología de la enfermedad y se encuentran determinados genéticamente de forma directa y modulados por factores adquiridos.

- Una gran proporción de los pacientes con DM 2 son obesos (80%) y la obesidad, especialmente la de localización abdominal, genera per se resistencia a la insulina y está bajo control genético. Sin embargo, la DM 2 también puede diagnosticarse en sujetos no obesos, especialmente en ancianos.

El diagnóstico de DM puede establecerse ante las siguientes situaciones:

- Glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) (obtenida en cualquier momento del día independientemente del tiempo pasado desde la última ingesta) y síntomas de DM (poliuria, polidipsia y pérdida no explicada de peso).

- Glucemia plasmática en ayunas (GPA) ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l), entendiéndose por ayunas un período sin ingesta de al menos 8 h.

- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las 2 h de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe realizarse según la descripción de la OMS (1985), con 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Cabe señalar que, en ausencia de hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda, los criterios deben repetirse (cualquiera de ellos) en una segunda ocasión.

El cambio de punto de corte de GPA (glucemia plasmática en ayunas) a ≥ 126 mg/dl (anteriormente 140 mg/dl) se basa en el hecho de que:

- Este es el equivalente (estudios de base poblacional) al punto de corte que se obtiene al diagnosticar diabetes mediante una glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en una prueba de tolerancia oral a la glucosa.

- Representa un mejor punto de corte a la hora de separar la distribución bimodal que tiene la glucemia plasmática en ayunas en la población.

- En varios estudios esta cifra marca el punto de inflexión a la hora de establecer el riesgo de microangiopatía.

Al interpretar los criterios de diagnóstico de la Diabetes Mellitus 2 deben identificarse y evaluarse ciertos factores que elevan los niveles de glucosa en plasma y que pueden alterar el resultado de la prueba en ausencia de la enfermedad, tales como: administración de algunos medicamentos antihipertensivos, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, preparados que contienen estrógenos (los cuales para no afectar los resultados deben suspenderse un mes previo a la prueba), ácido nicotínico, fenitoína, catecolaminas, así como situaciones de estrés psicológico o condicionado por otras enfermedades. También puede influir la restricción marcada en la ingestión de carbohidratos o la inactividad física prolongada (Castillo, Y. 2008).

2.2 Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus tipo 2

En la actualidad la DM es una de las principales causas de morbimortalidad en muchos países de las Américas. Ha sido probado que los diabéticos sufren cardiopatías y otras complicaciones si se comparan con la población no diabética. Estas complicaciones pueden clasificarse según la American Diabetes Association, en agudas y crónicas o a largo plazo.

Las complicaciones agudas son:

- *La hipoglucemia* ocurre cuando hay muy poca glucosa en la sangre lo cual puede deberse al exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, 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, Y. 2008).

- *La hiperglucemia* es una complicación común, causada por falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética, la complicación aguda más seria (Castillo, Y. 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).

Por su parte, las complicaciones crónicas son 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 estas complicaciones se encuentran las vasculares, las cuales se clasifican en dos grupos:

1. 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).

2. 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 autonómico (neuropatía periférica, amiotrofia, neuropatía autonómica visceral) (Matarama, 2005).

Entre las afectaciones que prevalecen en el paciente diabético podemos encontrar:

- Retinopatía diabética

  Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la retinopatía diabética debida al daño de los pequeños vasos de la retina acumulada a lo largo del tiempo, es una importante causa de ceguera. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes están ciegos, y cerca del 10% sufren un grave deterioro de la visión. La retinopatía diabética afecta al 15-50% de los pacientes con DM 2, presentando alrededor del 10% retinopatías proliferativas. El 20-30% de las cegueras registradas es consecuencia de la retinopatía. La DM presenta un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior al de la población no diabética. Las cataratas son 1,6 veces más frecuentes en la población diabética. El glaucoma de ángulo abierto es 1,4 veces más frecuente

en los diabéticos. Después de 20 años del diagnóstico de diabetes, prácticamente el 100% de los pacientes con DM 1 y el 60% de los pacientes con DM 2 presentan retinopatía diabética.

- Nefropatía diabética

La nefropatía está presente entre el 3 y el 35% de los pacientes con DM 2. 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. No se presentan síntomas hasta que se desarrolla la insuficiencia renal o síndrome nefrótico. El riesgo relativo de padecer insuficiencia renal es 25 veces superior entre los sujetos que padecen DM. Del 30 al 50% de estas personas, con una evolución de la enfermedad de 10 a 20 años, presenta algún grado de afección renal. Se ha comprobado que de un 10% a 20% de los pacientes con diabetes fallecen de insuficiencia renal (OMS, 2006).

- Neuropatía diabética

La neuropatía diabética se debe al daño de los nervios a consecuencia de la diabetes. Puede causar muchos problemas diferentes, pero los síntomas más frecuentes son hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y manos. Es la complicación más frecuente de la DM 2, y se estima que alrededor del 40% de los diabéticos presentan algún tipo de alteración neuropática en el momento del diagnóstico. La prevalencia varía mucho de unos estudios a otros, dependiendo de los criterios diagnósticos empleados y de la sensibilidad de las pruebas utilizadas. Su prevalencia aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes y con la edad del paciente.

El riesgo relativo de neuropatía entre los diabéticos es 7 veces superior al de la población general. Así, la polineuropatía diabética afectaría a más del 40% de la población de pacientes con DM con más de 10 años de evolución de su enfermedad. Combinada con la disminución del flujo sanguíneo, la neuropatía

incrementa el riesgo de úlceras en los pies y, finalmente de amputación del miembro inferior.

Se conoce, que la presencia de Diabetes Mellitus elevaba de manera considerable el riesgo cardiovascular. Desde entonces, se ha producido un progreso hasta la noción actual, que considera que los pacientes con DM 2 tienen un índice de riesgo de enfermedad cardiovascular semejante al de aquellos con cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o accidente cerebrovascular. Por tanto, estos enfermos deben ser manejados según las guías de prevención secundaria, aunque no exista cardiopatía isquémica sintomática. Igualmente, los estados prediabéticos, como la intolerancia a la glucosa, caracterizados por una resistencia a la acción de la insulina, aumentan el riesgo de enfermedad arteriosclerótica (Zamora, A. 2002).

Por otro lado, la Diabetes Mellitus es un importante factor pronóstico que se asocia a una mayor extensión de la enfermedad coronaria, con un curso más agresivo y una morbimortalidad más elevada que en pacientes coronarios sin diabetes mellitus. Esta enfermedad acelera el proceso de aterogénesis a través de varios mecanismos, como anomalías en las concentraciones y la composición de las lipoproteínas, su asociación con la hipertensión, resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, glucosilación de las proteínas en el plasma y la pared arterial, oxidación lipídica, estado procoagulante y proinflamatorio asociado y alteración de la función endotelial (Sánchez-Recalde, citado en Zamora, A. 2002).

La American Diabetes Association (2002) considera al paciente diabético hipertenso como uno de los grupos de mayor riesgo cardiovascular y propone cifras de control < 130/80 mmHg.

2.3 Pronóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2

El pronóstico de la Diabetes Mellitus 2 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, Y. 2008).

Se estima que los pacientes con proteinuria y un diagnóstico de este tipo de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una probabilidad de supervivencia de 3-12 años. Esto se vería afectado si existiera el síndrome nefrótico, donde sólo del 30 al 50% de los enfermos sobreviven después de los 2- 4 años.

2.4 Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2

El tratamiento debe partir de la realización de una evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga al diseño de 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.

El inicio del tratamiento lo constituye la educación diabetológica (individual, familiar y grupal) y la motivación. El enfoque tradicional para el control de la diabetes comienza con dieta y ejercicio físico, seguidos de la suma de una medicación simple si la persona con esta enfermedad no está bien controlada. Después se aumenta la dosis de esta medicación y, finalmente, se orienta una terapia combinada si el paciente no alcanza los objetivos glucémicos recomendados. Este enfoque “paso a paso” suele generar retrasos inaceptables en la búsqueda del control glucémico. El reiterado fracaso de esta estrategia puede llevar a los pacientes a pensar que los tratamientos existentes son ineficaces, lo cual afecta considerablemente las tasas de adherencia. Sin embargo, suele ser más frecuente que los tratamientos se estén utilizando de modo inapropiado (Rodríguez, A. 2010).

En el caso de Cuba, el equipo de salud se debe basar en siete elementos claves para el tratamiento de la Diabetes Mellitus: (citado por Rodríguez, A. 2010)

1. Educación diabetológica continuada.

2. Práctica sistemática de ejercicios físicos.

3. Conocimiento y práctica de una nutrición adecuada.

4. Alcanzar un estilo de vida nuevo con chequeos periódicos y autocontrol (automonitorización): incorporar a su comportamiento medidas higiénicas que van desde evitar o erradicar el hábito de fumar, asistir regularmente a consulta, velar por el aseo personal, el cuidado de los pies y la higiene bucal. Además de asumir una adecuada postura emocional respecto a la salud.

5. Tratamiento específico, compuestos orales e insulina.

6. Tratamiento de los factores de riesgo y complicaciones asociadas.

7. Establecimiento de una permanente y comprensiva (aunque no tolerante) relación profesional de salud - paciente.

El seguimiento para los pacientes diabéticos esta basado en la evaluación de aspectos referidos a la adaptación psicológica y social, el cumplimiento de la dieta indicada, la práctica sistemática de ejercicios físicos, comprobar los métodos y monitoreo sistemático de la glucosuria (o glicemia), la preparación de la inyección de insulina, así como la forma de conservación de esta sustancia. También resulta necesario evaluar los conocimientos alcanzados por parte del paciente y su familia acerca de todos estos aspectos señalados teniendo en cuenta además la conducta que asumen ante la hiperglicemia, hipoglicemia, los cuidados higiénicos y la ausencia de hábitos tóxicos.

Tratamiento dietético

Los principios nutricionales del diabético son los mismos que en los no diabéticos:

- La proporción de calorías aportada por los principales nutrientes son: carbohidratos 55%, proteínas 15% y grasa 30%.

- Restringir grasa saturada rica en colesterol (grasa animal) a menos del 10%, ácidos polinsaturados hasta 10% y el resto en ácidos grasos monoinsaturados (aceite vegetal).

- Recomendar el consumo de carbohidratos en forma de azúcares no refinados.

- Asegurar el consumo de alimentos ricos en fibras.

- Asegurar el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales (vegetales).

Idealmente la dieta requiere ser alta en fibra pues el consumo elevado de fibra soluble tiene un efecto benéfico en las concentraciones de lípidos en la sangre. Por lo que se debe preferir cereales integrales y leguminosas en la dieta. La persona con diagnóstico de diabetes no necesita consumir alimentos especiales, sino aprender a comer los alimentos y productos alimentarios comunes, en un orden y proporción determinados, que dependerá de su ritmo de vida, necesidades energéticas y gustos personales, armonizando los momentos de comida con la insulina aplicada y/o con los hipoglucemiantes orales (Rodríguez, A. 2010).

La dieta a cumplir por el paciente diabético responde a modelos preestablecidos de 1200 a 3000 calorías, que sirven de guía para preparar el menú, según los gustos y preferencias de cada paciente. (Manual de Dietas para Diabéticos. Obesos e Hiperlipoproteinemias). Dicha dieta se establece a través del cálculo aproximado del total de calorías por el peso ideal (peso y talla), de acuerdo con la actividad física que realiza el paciente.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento a través de los hipoglucemiantes orales sólo está indicado en diabéticos no insulinodependientes o tipo 2, después de 2 semanas con tratamiento dietético sin lograr el control metabólico adecuado, o de entrada, si existen niveles muy elevados de glicemia. Se utilizan por orden de elección:

1. Glibenclamida (daonil o euglucon) tab. de 5 mg.

2. Tolbutamida (diabetón, orinase, rastinon). Tab. de 0,5 g. A utilizarse fundamentalmente en diabéticos adultos mayores no insulinodependientes.

3. Metformin o buformín: este grupo de biguanidinas es de utilidad muy restringida; sólo se usa en diabéticos obesos, menores de 50 años, con buen estado general y en ausencia de complicaciones hipoxémicas, enfermedad renal, hepática, respiratoria o cardiovascular, previa interconsulta, y en pacientes en que no se controla su peso con Glibenclamida o Tolbutamida y que además no necesitan insulina.

En el tratamiento clínico se utilizan tres tipos de insulina: lenta, moderada y rápida.

Ejercicio físico

El ejercicio físico resulta necesario para el paciente diabético porque como se consume mucha energía, la actividad física contribuye a regular o bajar los niveles energéticos del organismo. La ejercitación física contribuye al control del peso corporal, a disminuir los niveles de glucosa en sangre y a incrementar la eficacia de la insulina. Por otro lado, reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y mejora el bienestar personal y la calidad de vida del enfermo.

Los expertos recomiendan realizar cualquier tipo de ejercicio aeróbico (más de 20 minutos), deben ser sistemáticos, regulares, en función de la edad y el estado del paciente. Los ejercicios recomendados son aquellos que utilicen varios grupos musculares (caminar, correr, nadar, ciclismo, esquí de fondo, bailar, patinar, remar, etc...)

La intensidad del ejercicio debería estar un 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima, con una duración de 20-60 minutos, y una frecuencia de 4-6 días a la semana o mejor diariamente. Realizar calentamiento y recuperación; el calentamiento de 5-10 minutos con ejercicios gimnásticos suaves y el enfriamiento con ejercicios de estiramientos. En el caso del diabético tipo 2, sin tratamiento de insulina, no se debe mantener una precaución especial sobre la hora de realizar

ejercicio, es más importante el valorar la respuesta glucémica al ejercicio según la medicación que mantenga el paciente.

Algo que aparentemente salta a la vista de especialistas e investigadores, es que el tratamiento al paciente diabético debe individualizarse, y para ello ha de partirse del hecho que existen múltiples factores y variables demográficas capaces de modificar el tratamiento, tales como: sexo, peso corporal, nivel intelectual, tipo de actividad física y laboral, hábitos y estilos de vida en general, características de personalidad, presencia de complicaciones o enfermedades intercurrentes y, por supuesto, el tipo de diabetes que se padezca. Y otro aspecto a considerar, es el papel de la familia en el cuidado y la educación de la persona afectada, su contribución a que esta adquiera habilidades y conocimientos específicos que la conviertan en el verdadero protagonista y conductor de los cambios en relación a su padecimiento crónico (Rodríguez, A. 2010).

2.5 El proceso de afrontamiento a la enfermedad

Los sentimientos que afloran en los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad son, en general muy intensos. En este momento es muy importante la comprensión y el apoyo por parte de la familia, los amigos y el equipo de salud. Además, tienen influencia también en la forma en que la persona afectada afronta su diagnóstico otras áreas, como la social, familiar o laboral.

El diagnóstico de un trastorno crónico implica, sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes de futuro a corto, medio y largo plazo del individuo, con las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales. Inmediatamente después de comunicar el diagnóstico muchos profesionales de la salud empiezan a dar instrucciones en relación con lo que el paciente debe aprender (inyectarse insulina, ajustar las dosis, tratar la hipoglucemia, medir los hidratos de carbono, etc.) sin darle tan sólo la posibilidad de expresar su reacción emocional. Permitirla y gestionarla de manera apropiada es fundamental si se desea acompañar con éxito el proceso de adaptación del paciente.

Después de cualquier noticia desagradable, como el diagnóstico de una enfermedad crónica, se distinguen clásicamente las siguientes fases.

- *Negación*: Es una de las reacciones más habituales en un principio y suele caracterizarse por la incredulidad de lo que está ocurriendo o por la búsqueda encadenada de profesionales que confirmen que eso no es verdad. Algunas de las expresiones que indicarían esta fase son: *"esto no me puede estar pasando a mí", "el laboratorio se ha equivocado",* etc.

- *Rebeldía*: Es la expresión de la rabia o agresividad ante lo que está ocurriendo. Esta fase suele estar teñida de la búsqueda de un culpable que pueda explicar la causa de la enfermedad. La rebeldía puede ir dirigida tanto al equipo sanitario, como al tratamiento, hacia algún miembro familiar o hacia uno mismo. La información sobre la etiología del trastorno suele ayudar al afrontamiento de esta etapa. Algunas de las frases que identifican esta etapa son: *"¿por qué a mí?", "¿cómo es posible si nadie en la familia es diabético?", "con lo sanas que son mis costumbres...",* etc.

- *Disociación*: El paciente piensa que hasta el diagnóstico todo era posible, mientras que después sus planes futuros se rompen. Surge temor al pensar que el trastorno impedirá cumplir sus expectativas de vida. Pueden aparecer quejas por no poder llevar a cabo metas que nunca se habían planteado. Una de las frases que representaría esta etapa sería *"no podré ser piloto"*, cuando quizá nunca había entrado en sus proyectos.

- *Tristeza o depresión:* El pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido. En esta etapa es importante dar tiempo suficiente para superarla. En la medida de lo posible, no se deberían dar instrucciones nuevas, aunque es importante asegurarse de que se cumplen unos objetivos de supervivencia mínimos y dar la seguridad de que se pueden llevar a cabo. La actitud más favorable que el profesional puede adoptar es simplemente la de tratar de ponerse en lugar del paciente y manifestar comprensión por sus sentimientos.

- *Negociación:* La persona comienza a aceptar el nuevo estado, pero establece condiciones respecto a las pautas del tratamiento. El paciente empieza a pactar y negociar nuevos elementos o cambios de tratamiento. Por ejemplo, el individuo acepta ponerse insulina, pero sólo una vez al día, o accede a practicar análisis domiciliarios, pero sólo cuando se siente mal, o se dispone a cumplir la dieta, pero con la excepción de los domingos, etc. El prototipo de expresión en esta fase es: *"¿qué le parece si hago esto (...) en vez de aquello (...)?".*

- *Adaptación:* La persona y la familia comienzan a darse cuenta de que se puede seguir viviendo con diabetes. El individuo se resistía en la nueva posición.

Estas fases pueden no producirse por igual en todos los casos, pueden variar de orden o secuencia e incluso alguna de ellas puede estar ausente. Además, en ocasiones existe una franca asincronía entre el proceso de adaptación del paciente y de la familia, como sucede a menudo cuando el diagnóstico de la diabetes recae en el hijo, que suele progresar en general más rápidamente hacia la aceptación que sus padres (Peralta, 2003).

Epígrafe 3. Adherencia terapéutica. Modelos conceptuales. Factores asociados a su cumplimiento

En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente (Martín, L. 2004). Por tanto, resulta necesario estudiar la adherencia terapéutica como variable psicológica, pero, debido a la ambigüedad de esta como categoría y a la novedad de su estudio, existen discrepancias relacionadas con su conceptualización y la manera en que debe ser abordada.

3.1 Definiciones y términos de adherencia terapéutica

Uno de los problemas que se identifican en el abordaje de este tema se relaciona con su definición conceptual. Todos los investigadores y profesionales interesados en el tema aportan su definición sin llegar a elaborar un concepto que sea utilizado y aceptado por todos.

Por otra parte, la diversidad de conceptualizaciones encierra confusión e incomprensión del tema. Muchas veces existe entre profesionales duda o desconocimiento al escuchar el término "adherencia terapéutica", lo que indudablemente ocasiona cuestionamiento acerca del sistema de acciones que se realizan para lograr o mantener la conducta de un adecuado cumplimiento de las prescripciones en los pacientes.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (Martín, L. 2004).

Encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si nos referimos, primeramente, al término "cumplimiento", encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes, como "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario" (Haynes, RB. citado en Martín, 2004).

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término se define como: "Acción y efecto de cumplir", "ejecutar o llevar a efecto".

Este concepto, en la práctica médica, se asocia, únicamente, al uso de la medicación por parte del paciente, lo cual excluye aspectos higiénico- sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, que son conductas programadas como parte del propio tratamiento.

Con el fin de superar estas limitaciones se introducen otros términos que tratan de reflejar el mismo concepto, pero aportando elementos diferentes. Así por ejemplo Blackwell (citado por Basterra), propuso los vocablos adherencia o alianza terapéutica, con objeto de expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente.

Hentinen y Kyngäs definen el concepto como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud.

Una de las definiciones más aceptadas se corresponde con la dada por DiMatteo y DiNicola (1982), quienes conceptualizan la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Esta definición tiene la virtud de otorgar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En este caso el paciente debe adherirse a un plan que acepta y ha acordado con el médico tratante y en el cual se supone ha podido participar en su elaboración (Ortíz, M. 2006).

3.2 Factores determinantes en la adherencia terapéutica

La literatura especializada recoge numerosos factores que pueden estar relacionados con la adherencia al tratamiento, denominados teóricamente como determinantes de adherencia. Dentro de estos se destacan: características demográficas, socio-conductuales de los enfermos, aspectos de la interacción

profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio, entre otros.

3.2.1 Características sociodemográficas y regímenes terapéuticos

Algunos estudios revelan que el incumplimiento es mayor en las edades extremas, otros relacionan a la mujer con un mejor cumplimiento. También aparecen resultados donde los niveles socioeconómicos bajos, y de instrucción baja tienden a relacionarse con un peor cumplimiento. Se refiere en estos estudios que los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión afectan negativamente el logro de adecuados niveles de adherencia terapéutica (Merino y Gil, 2001).

Diversos factores de la estructura sanitaria están relacionados con el incumplimiento: la inaccesibilidad a los cuidados, el tiempo de espera, burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional, las citas poco frecuentes, el costo de esa atención y el pago por los medicamentos son barreras que se configuran como influyentes negativos de este proceso (citado por Merino y Gil, 2001).

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente.

Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojan que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia

que los regímenes multidosis, y que esta también disminuye a medida que la terapia se alarga y provoca mayor cantidad de efectos secundarios indeseados.

3.2.2 Factores psicológicos y sociales vinculados a la enfermedad

Entre los factores psicológicos y sociales podemos encontrar las creencias del paciente, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, y la relación médico-paciente.

Los enfoques cognitivos han dado una gran relevancia a las creencias que los sujetos desarrollen sobre determinada cuestión o situación como elemento activador de determinados estados emocionales y de ciertos comportamientos.

Definimos las creencias como ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa. Cada ser humano tiene creencias acerca de la realidad, de sí mismo y de los demás. Ellas se conforman desde tres núcleos de determinación: sociohistórico o cultural, grupales y comunitarios, e individual (Calviño, 2001).

En opinión de autores como Fieshhein y Azjen en 1975 y 1980 las creencias forman la base de las actitudes. De esta manera, de acuerdo, con las propuestas del modelo de creencias de salud y la Teoría de Acción Razonada las creencias y las actitudes de las personas en relación con la salud y la enfermedad y en relación con una enfermedad particular son factores moduladores importantes de la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas y/o de salud (citado por Ferrer, 1995).

Las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas o grupos. Son el producto del largo proceso de socialización por el que atraviesa el hombre y resultado del aprendizaje, de la experiencia. Estas se diferencian notablemente de las opiniones donde al no implicar un compromiso afectivo son fáciles de cambiar.

La actitud comprende una dimensión y es más difícil de modificar. Estas tienen en sí tres componentes el afectivo que le da el carácter emocional, el cognoscitivo que son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud y el conativo que constituye lo que el sujeto hace, su forma de actuar, este ayuda si está a favor y arremete si está en contra.

La representación mental de la enfermedad, concepto desarrollado por Leventhal y colaboradores (1980), es otro de los factores relacionados con la adherencia terapéutica. Este concepto se refiere a que las personas tienen representaciones o modelos de sentido común sobre enfermedades específicas y en ellos se incluyen creencias expectativas y explicaciones sobre la causa de su enfermedad y su propia responsabilidad en ella; sobre las características, sintomatología, curso, duración de la enfermedad, sobre el tratamiento, su responsabilidad en él, su posible respuesta al mismo y sobre las consecuencias de la enfermedad.

Los factores socioeconómicos y en particular los relacionados con el medio familiar juegan un rol central en la representación mental de los sujetos. Así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda una explicación de las posibles causas de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución (Rodríguez, 20010).

En este sentido, la concordancia o no entre el modelo y representación mental del enfermo y la explicación o instrucciones sobre la enfermedad que se le proporcionan determinarían la conducta de la enfermedad posterior y en consecuencia podría contribuir a modificar las tasas de adherencia. Mientras mayor correspondencia mayor adherencia.

Algunas investigaciones sugieren que la representación mental de las medicinas podría ser un factor en el afrontamiento y en la ejecución de conductas promotoras de salud, entre las que se incluye la adherencia o cumplimiento terapéutico (Echevarría, San Juan y Ozoniz, 1992).

El locus de control es otro factor que parece estar relacionado con variables como autoestima, valores, creencias. Se define como la percepción del sector de la realidad personal y social que controla las contingencias que actúan sobre la conducta, y que puede ser percibida por uno mismo o por entidades del exterior, su exploración permite conocer expectativas del sujeto acerca de cómo sus acciones pueden influir o no controlando el ambiente y valorar los mecanismos regulativos del mismo. Expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece. Puede ser externo o interno según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él.

Cuando existe internalidad en el control y los sujetos consideran que los acontecimientos se deben a sus acciones personales y de esta forma controlados por ella, favorece el ajuste personal y la buena afectividad ante acontecimientos vitales, negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables; que se relacionan significativamente con trastornos psicológicos. Todo lo contrario ocurre cuando lo que predomina es el locus de control externo, o sea, la externalidad en el control, donde los sujetos consideran que los acontecimientos no están relacionados con su propia conducta, y por lo tanto, escapan a su control personal. De esta manera se dificulta la capacidad de adaptación ante las diferentes demandas, se relacionan con la inmadurez, la subvaloración y la baja autoestima (Escobar y Cobas, 2000).

Otro factor que desempeña una función moduladora en la adherencia terapéutica es el estilo de afrontamiento, el cual determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.

El afrontamiento, para Lazarus y Folkman, se define como los esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Casals, 2001; Lazarus y Folkman, 1986).

Diversos autores señalan en este sentido como estrategias, el afrontamiento dirigido hacia el problema y el afrontamiento dirigido hacia la emoción. Las estrategias dirigidas hacia el problema se centran en la búsqueda de soluciones, y consideran

aspectos relativos a la resolución de problemas, como la atención sobre diferentes alternativas, la posibilidad de aplicar las soluciones, que hacen referencia tanto al entorno como al individuo mismo. El afrontamiento dirigido hacia las emociones está centrado en la regulación emocional, a disminuir o aumentar el grado de bienestar, a modificar la forma de vivir la situación (Casals, 2001).

En la eficacia de los afrontamientos intervienen factores como: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural. Las características personales (autoestima), edad, sexo, posición social, inteligencia, madurez, religión, la valoración social (identidad), normas, expectativas y el apoyo social (Lazarus y Folkman, 1986).

3.2.3 Factores individuales que determinan la adherencia terapéutica

Diferentes factores individuales determinan la adscripción al tratamiento. En general, no se tiende a conductas saludables excepto que las personas:

- Tengan unos niveles mínimos de motivación y relevantes de formación sobre la salud.
- Se vean a sí mismos potencialmente vulnerables.
- Vean la situación como amenazante.
- Estén convencidos de la eficacia de la intervención.
- Vean pocas dificultades para poner en práctica la conducta de salud.

Es más probable que la persona con diabetes siga el tratamiento si cree que éste le proporcionará beneficios y que las dificultades no son insuperables. De la misma forma, las personas que son conscientes de la gravedad del trastorno y de su vulnerabilidad en relación con éste, cumplirán mejor las indicaciones.

Es importante recordar, que conocer la gravedad de una enfermedad (por ejemplo: las posibles complicaciones de la enfermedad) no es una razón suficiente para

cambiar las actitudes. Muchas veces esta amenaza genera bloqueo y negación, y no una mejora en las pautas del tratamiento.

Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento, pero también sucede lo contrario. Esta interrelación indica que las predicciones de este modelo no son fijas y que dependen de la educación y las indicaciones que el individuo reciba.

3.2.4 Influencia de la relación medico-paciente en la adherencia terapéutica

Anteriormente el incumplimiento o no adherencia era considerado una falla del paciente y el profesional de la salud sólo registraba el hecho como un problema más, que por otra parte, explicaba la eventual mala evolución del problema deslindando así su responsabilidad. Hoy es sabido que la calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta del paciente pudiendo tomar modos acorde con las conductas del profesional. Este no es un mero observador de la conducta del paciente sino que es un componente importante en las decisiones que toma el mismo (Rodríguez, A. 2010).

El comportamiento del profesional resulta muy importante para que el paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento. Es necesario que el profesional sea competente, empático y transmita seguridad y confianza. La competencia se evidencia en el nivel de preparación y reputación del profesional, la confiabilidad, la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita. Por otra parte, la empatía esta vinculada con el trato que sea capaz de brindar y el interés que demuestre por comprender y aceptar incondicionalmente al paciente.

Es necesario para que exista una buena adherencia terapéutica una activa participación del profesional tanto en el plano intelectual como afectivo. Se ha observado que el tono afectivo negativo en la interacción o relación entre el médico y el enfermo, aumenta la probabilidad de que ocurran fallos en la adherencia (Davis, 1968), mientras que la satisfacción del enfermo con esta relación aumenta la probabilidad del cumplimiento (Haynes, 1979; Rosenstock, 1984).

Algunos estudios han estimado que el 80% de las dificultades encontradas para que los pacientes sigan los tratamientos prescritos se deben a la forma en que se transmite la información. El éxito o fracaso del tratamiento depende en gran medida de que los pacientes sean capaces de llevar a la práctica las instrucciones dadas por su educador. Numerosos trabajos apuntan a que el 60% de ellos comprenden erróneamente las indicaciones verbales referentes a cómo debían seguir sus tratamientos (OMS, 2004).

Junto con la eficacia de la comunicación y su tono afectivo se han estudiado también aspectos como el intercambio social, la influencia social o el poder social y su relación con la adherencia implica un cierto cambio de conducta por parte del paciente, pudiendo entonces considerarla como un proceso de influencia social, entonces cabría analizar el tipo de poder social que pone en práctica el profesional de la salud, como agente inductor. Si este suele emplear un poder de experto coercitivo o de recompensa, hace que los enfermos perciban esos cambios como obediencia a normas externas. Por el contrario, para que el paciente internalice las prescripciones de salud y las ponga en marcha aún en ausencia del profesional de la salud este debería poner en práctica un poder referente (Rodríguez, A. 2009).

Estableciendo una correspondencia con lo planteado anteriormente, resulta necesario concebir la relación entre profesional de la salud-enfermo en el mantenimiento de la adherencia terapéutica como un vínculo en el que ambos se conciben como que están o pueden estar en un acto único de naturaleza determinada (subjetiva y objetiva, del orden de lo real y lo imaginario).

Esta relación tiene que ser, al decir de Vigostky, un lugar de unidad en el que se preserva un espacio personal que para el profesional significa la posibilidad de "mirar" a esa relación y analizarla y para el enfermo significa cuánto él va a aportar a esa relación para acometer la tarea (citado por Rodríguez, A. 2010).

3.2.5 Apoyo social y familiar en el logro de la Adherencia Terapéutica

El apoyo social es la ayuda emocional e instrumental que para el individuo se deriva de un entramado o red social. Las redes sociales indican las características estructurales (dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc.) de las relaciones mantenidas por una persona (Fernández-Ballesteros, 1992).

Los sistemas de apoyo social se clasifican en formales e informales. La participación social posibilita el desarrollo de distintos roles que pueden incrementar la sensación de poder y la autoestima, con las consecuencias positivas para el bienestar que ello lleva consigo. La sensación de pertenencia incrementa el bienestar (Martínez, 1993).

El apoyo social, en enfermedades crónicas como la diabetes, puede contribuir a perpetuar la dependencia o rol del enfermo; así como ciertas pautas de salud o tratamiento innecesarias. Sucede otro tanto cuando el apoyo social interfiere en la adherencia si las prescripciones van contra valores, conductas o pautas de conducta de la familia. En relación con esta problemática encontramos trabajos que apoyan lo planteado: Becker y Rosenstock, 1984; Christensen et al, 1992; Di Matteo Di Nicola, 1992; Di Matteo y Hays, 1981; Sarafino, 1990 (citado por Ferrer, 1995).

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 ayudarle siempre que este lo necesite (Meraz, 2005, citado por Castillo, 2010).

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 grandes probabilidades 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, estimulo, información, ayuda material y expresiones de participación (Meraz, 2005, citado por Castillo, 2010).

3.3 Ajustes en el estilo de vida del paciente diabético

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 le percibe, el significado que tiene para la persona y las respuestas adaptativas a la enfermedad (Vinaccia et al, 2004).

Se ha comprobado la influencia del estrés en el desajuste de los parámetros metabólicos de esta enfermedad. Por dicha razón, el apoyo psicológico al paciente con diabetes es importante para prevenir y / o minimizar el impacto emocional del diagnóstico y para hacer más llevadera la convivencia con su enfermedad (Chafey & Davila, 2007).

3.4 Desafíos e importancia de la adherencia en la Diabetes Mellitus tipo 2

Lograr una adecuada adherencia terapéutica supone resolver notables problemas de salud en la población, trayendo consigo repercusiones en el ámbito personal, social, familiar, médico y económico. A pesar de tener tanta relevancia para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente este es un tema que aún presenta dificultades en cuanto al abordaje teórico y metodológico, sobre todo, en lo que respecta a diseños

para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que permitan realizar buenas evaluaciones de los niveles de adherencia y al mismo tiempo, que atiendan a las particularidades de las diversas enfermedades.

Más allá de la discusión teórica en torno a su concepto, las dificultades se presentan en el plano práctico desde el propio proceso de evaluación. Las técnicas más empleadas son los autoinformes (incluyendo los autorregistros), la entrevista a familiares, el recuento de comprimidos y las pruebas bioquímicas. Sin embargo cada una de ellas adolece de limitaciones que hacen de la evaluación del cumplimiento terapéutico en la diabetes, un proceso complejo y en numerosas oportunidades, poco confiable.

En el caso de la Diabetes Mellitus, uno de los retos fundamentales de la intervención psicológica está enfocado no sólo en la investigación de aquellos factores que modulan el control metabólico, sino también de aquellos que tienen repercusión en la adherencia al tratamiento.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones y prescripciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea (Rodríguez-Marín, 1995). Debido a que la diabetes es una enfermedad paradigmática en cuanto al cúmulo de factores que potencialmente puede obstaculizar el seguimiento del tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Beléndez y Méndez, 1995; Gil y Vilchez, 1993; Sihillitoe, 1988; Wing, Epstein, Nowalk y Lamparski, 1986; Wysocki, Hough, Ward y Green, 1992).

De acuerdo a su carácter crónico, esta enfermedad necesita tratamiento durante toda la vida, el cual se define como especialmente complejo, ya que origina importantes cambios en el estilo de vida tanto del paciente como de los familiares.

Por otra parte, las complicaciones que a ella se asocian, ocurren a largo plazo, lo cual dificulta el establecimiento de una contingencia directa entre el comportamiento actual del paciente y los posteriores problemas de salud, así como entre el

seguimiento del tratamiento y los beneficios asociados al mismo (a excepción de situaciones graves). Incluso, puede haber ocasiones en las que el seguimiento del tratamiento puede ser más aversivo para el paciente que la posibilidad de desarrollar futuras complicaciones (Rodríguez, A. 2009).

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de la correcta adhesión al tratamiento, lo que se corresponde con investigaciones realizadas en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, en los cuales se encontró que adecuados niveles de adherencia al tratamiento, incluido las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de autocuidado, reducen las complicaciones y la discapacidad, a la par que mejoran la calidad y esperanza de vida de estos pacientes (Citado en Rodríguez, A. 2009).

Por esta razón, actualmente el tema del cumplimiento de las prescripciones ha cobrado especial relevancia en tanto se reconoce que la eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el paciente siga las indicaciones del médico. El incumplimiento terapéutico repercute en la pérdida de los beneficios que la indicación terapéutica puede aportar, incrementa el costo de las intervenciones al aumentar el número de visitas médicas, propicia cambios innecesarios en el tratamiento, y puede generar frustración tanto en el médico como en el paciente. (Ferrer, 1995)

Es por ello que constituye un reto intervenir para el logro de una adecuada adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tanto por la complejidad de su tratamiento como por las numerosas modificaciones y restricciones que esta enfermedad exige en el estilo de vida de quienes la padecen. Modular positivamente, los niveles de adhesión, constituye un desafío tanto para la ciencia Psicológica como para la Medicina, las cuales deben realizar un trabajo simultáneo teniendo en cuenta que los factores que intervienen en la adherencia son de origen biológico, psicológico y social.

Capítulo II. Metodología

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 así como los principios éticos de la investigación.

2.1 Diseño Metodológico

Tomando en consideración el problema científico formulado, así como el objetivo general y los objetivos específicos definidos se concibe la investigación 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 perspectiva, se diseña un estudio descriptivo de tipo transversal. ‘’Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dicha variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés…’’ (Rodríguez, Gil & García, 2000, p.61).

2.2 Selección de la muestra

La muestra utilizada estuvo integrada por pacientes que acuden al Centro de Atención al Diabético de la provincia Villa Clara. 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 2012. 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 35 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 45 pacientes cuya caracterización se muestra a continuación:

Tabla 1. Distribución muestral según el sexo.

Sexo	Cantidad	Por ciento
Femenino	33	73.3
Masculino	12	26.6
Total	45	100 %

Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

Tabla 2. Distribución muestral según la edad.

Grupos etáreos	Cantidad	Por ciento
Iguales o menores de 40	4	8.8
Entre 41 y 60	22	48.8
Mayores de 60	19	42.2
Total	45	100 %

Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

Tabla 3. Distribución muestral según el lugar de procedencia.

Zona	Cantidad	Por ciento
Rural	8	17.7
Urbana	37	82.2
Total	45	100 %

Fuente: Historia Clínica, Entrevista Psicológica al paciente y Cuestionario de Factores de Riesgo.

Tabla 4. Distribución muestral según el nivel de escolaridad.

Escolaridad	Cantidad	Por ciento
6to grado	11	24.4
9no grado	15	33.3
12mo grado	8	17.7
Técnico medio	6	13.3
Nivel universitario	5	11.1
Total	45	100 %

Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

Tabla 5. Distribución muestral según la ocupación.

Ocupación	Cantidad	Por ciento
Profesional	3	6.6
Técnico	5	11.1
Obrero	9	20
Jubilado	15	33.3
Ama de casa	10	22.2
Cuentapropista	3	6.6
Total	45	100 %

Fuente: Historia Clínica y Entrevista Psicológica al paciente.

Tabla 6. Distribución muestral según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Tiempo de evolución	Cantidad	Por ciento
De 0 a 11 meses	19	42.2
De 1 a 5 años	9	20
6 años o más	17	37.7
Total	45	100%

Fuente: Historia y Entrevista Clínica al paciente y Cuestionario de conocimientos.

Tabla 7. Distribución muestral según control metabólico de la enfermedad.

Estado del control metabólico	Cantidad	Por ciento
Compensado	24	53.3
Descompensado	21	46.6
Total	45	100%

Fuente: Historia y Entrevista Clínica al paciente

2.3 Definición de las variables objeto de estudio

Variable central:

Adherencia terapéutica: implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982).

Variables psicosociales estudiadas en relación con la variable central:

- Nivel de Adherencia terapéutica.
- Relación médico - paciente.
- Características del régimen terapéutico.
- Apoyo social y familiar.
- Conocimiento asociado sobre el manejo de la diabetes.
- Comportamientos de riesgo asociados a la enfermedad.
- Principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad.

- Manejo del estrés y de la emociones.

Tabla 8: Indicadores de evaluación de las variables psicológicas y técnicas empleadas para su evaluación.

Indicadores de evaluación	Técnicas de evaluación empleadas
Conocimiento asociado al manejo de la diabetes.	• Cuestionario de conocimientos de la enfermedad. • Entrevista Psicológica Individual.
Comportamientos de riesgo asociados a la enfermedad.	• Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad. • Entrevista Psicológica Individual.
Principales estrategias de afrontamiento a la enfermedad.	• Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad. • Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.
Nivel de Adherencia terapéutica.	• Cuestionario de Adherencia Terapéutica. • Entrevista Psicológica Individual.
Manejo del estrés y de la emociones.	• Entrevista Psicológica Individual.
Apoyo social y familiar.	• Entrevista al Familiar. • Entrevista Psicológica Individual.
Relación médico - paciente	• Entrevista a Especialistas de Salud. • Entrevista Psicológica Individual.
Características del régimen terapéutico	• Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.

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.

- *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.

- *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 ateroesclerosis.

- *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 9: Patrones de control metabólico de la enfermedad.

Parámetros	Normal	Adecuado	Inadecuado
Glucemia basal y preprandial (mg/dl) (mmol/l)	< 100 < 5.5	≥ 70 - < 120 ≥ 3.8 - < 6.6	≥ 120 ≥ 6,6
Glucemia postprandial 2 h (mg/dl) (mmol/l)	<140 < 7.8	≥ 70 - <140 ≥ 3.8 - < 7.8	≥ 140 ≥ 7.8
HbA1c (%)	< 6.0	< 6.5	> 7
Colesterol Total (mg/dl) (mmol/l)	<180 < 4.8	≥180 - < 200 ≥ 4.8 – < 5.2	≥ 200 ≥ 5.2
Triglicéridos (mg/dl) (mmol/l)	<150 <1.7	≥ 150 - ≤ 199 ≥1.7 - ≤ 2.2	≥ 200 ≥ 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 Villa Clara.

2.4 Descripción de instrumentos y técnicas utilizados en la investigación

Se empleó un sistema de técnicas psicológicas integrado por:

- Revisión de la Historia Clínica. (Anexo 2)
- Entrevista a Especialistas de Salud. (Anexo 3)
- Entrevista Psicológica al paciente. (Anexo 4)
- Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad. (Anexo 5)
- Entrevista Clínica centrada en la enfermedad. (Anexo 6)
- Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad. (Anexo 7)
- Entrevista al Familiar. (Anexo 8)
- Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad. (Anexo 9)
- Cuestionario de Adherencia Terapéutica. (Anexo 10)

➢ Revisión 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:

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

Descripción: Se trata de una entrevista semi-estructurada 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.

- Entrevista Psicológica Individual.

Descripción: 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 consiste 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.

De acuerdo con la forma en que se realiza la entrevista, esta puede ser estructurada, semi-estructurada y no estructurada. Para la entrevista al paciente elegimos la modalidad semi-estructurada 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.

Objetivos: 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.

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.

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

- Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.

Descripción: 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

Calificación: Se realiza cualitativamente.

- Entrevista Clínica centrada en la enfermedad.

Descripción: Se trata de una entrevista estructurada dirigida a conocer las vivencias de los pacientes con respecto a la enfermedad. Se exploran 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. Se identifican las principales habilidades desarrolladas por los pacientes para el automonitoreo de la enfermedad.

Calificación: Se realiza valorando cualitativamente la información obtenida.

- Cuestionario de riesgos asociados a la enfermedad.

Descripción: 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.

Descripción: 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 a 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 tengan 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)

Descripción: 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.

Descripción: 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 4 sesiones de trabajo, para cada grupo de pacientes que ingresó en el período de la investigación. 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).

Sesión 2:

- Entrevista Psicológica al paciente.
- Cuestionario de Conocimientos de la enfermedad.

Sesión 3:

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

Sesión 4:

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

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

El procesamiento estadístico computacional de los datos fue realizado con ayuda del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 11. 5 para *Windows.*

A partir de los criterios evaluativos de las pruebas aplicadas los datos obtenidos fueron incorporados a la base de datos del SPSS e inicialmente se aplicaron estadísticos descriptivos como el análisis de frecuencia. Posteriormente se aplicaron pruebas estadísticas en correspondencia con los objetivos planteados en la investigación.

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. Resultaron de interés las propias vivencias, reflexiones y verbalizaciones del sujeto durante los intercambios sostenidos. En este sentido, se utiliza el análisis de contenido categorial y la triangulación como métodos fundamentales para procesar datos cualitativos. En este caso se utilizaron la triangulación de fuentes, de datos y de técnicas, toda vez que se busca la comprensión profunda de la información desde diferentes perspectivas.

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:

- Estudio descriptivo de las variables psicosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica en los pacientes estudiados, atendiendo a los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas.

- Análisis integral de los resultados.

3.1 Estudio descriptivo de las variables piscosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica

Revisión de la Historia Clínica

El análisis de este documento nos permitió conocer datos clínicos relevantes del paciente en lo que respecta al debut y la evolución de la Diabetes Mellitus como enfermedad. También nos brindó información general que facilitó la comprensión de dicho padecimiento.

De esta forma se pudo conocer que entre los factores de riesgo que más se evidencian en los pacientes objeto de estudio están las enfermedades cardiovasculares como la HTA y las Cardiopatías Isquémicas, las cuales se ordenan por incidencia en el primer lugar, referidas en el 80% de la muestra seleccionada. En segundo lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares de diabetes, que constituyen el 77,8 %, al cual le sucede el sobrepeso corporal u obesidad en el momento del debut de la enfermedad para un 66,7 %.

Además de estos factores de riesgo, refieron comportamientos poco deseables para quienes conviven con una enfermedad crónica, que se enmarcan en lo que teóricamente se ha denominado conductas de riesgo, dentro de las cuales resultaron predominantes los hábitos tóxicos como la adicción a la cafeína, en el 95,5%; el

alcoholismo, expresado en el 51,11% ya sean alcohólicos o bebedores sociales y el tabaquismo, el cual afecta al 44,4% de ellos, dentro de los que se encuentran fumadores y ex fumadores recientes.

Resulta necesario destacar que el 73,3% de los pacientes representan al sexo femenino, lo cual corrobora las tendencias epidemiológicas descritas a nivel nacional e internacional sobre la prevalencia de la diabetes en dicho sexo.

En cuanto a la historia de la enfermedad, el 46,6% de los pacientes investigados se encuentran descompensados en la actualidad, de los cuales, el 42,2% representa a aquellos que atraviesan la etapa de debut.

Se registró la existencia de síntomas clínicos clásicos de la enfermedad como la polidipsia, en un 71,1% de los diabéticos estudiados, seguida por la poliuria en un 66,6% y la polifagia en un 64,4%. Además de ello, se evidencian otros síntomas como el cansancio y la pérdida de peso, manifestados en el 44,4%, las náuseas en un 22,2% así como las sudoraciones y la avidez por los dulces, en un 13,3% de los enfermos. Estos síntomas se revelan con mayor intensidad en aquellos pacientes que llevan más tiempo de convivencia con la enfermedad que sufren de otras enfermedades asociadas a esta, a las que se añaden complicaciones que son propias de la diabetes como padecimiento crónico.

Como enfermedades concomitantes se revelan las cardiopatías isquémicas y los infartos cerebrales, en un 20% de la muestra, seguida por el asma bronquial y enfermedades respiratorias, en el 13,3%, junto al hipotiroidismo en un 4,4% de los pacientes con sexo femenino. Por otra parte, tenemos las complicaciones diabéticas, representadas por las dermopatías en un 64,4%, las nefropatías en un 15,5%, el síndrome del pie diabético en un 11,1% y las retinopatías en un 8,9% de la muestra estudiada.

En cuanto al tratamiento, se pudo registrar que un 62,2% de la muestra ingiere tabletas hipoglucemiantes además de la dieta y ajustes en el estilo de vida. El 6,6% se trata con administración directa de insulina unido a dosis pequeñas de tabletas

hipoglucemientes y dieta. Mientras que el 28,8% controla su enfermedad solo con indicación dietética.

El movimiento de indicadores clínicos como la glucemia, el colesterol y los triglicéridos, constituyen una de las principales causas que provocan el descontrol metabólico en estos pacientes, lo cual afecta el estado clínico general, trayendo repercusiones tanto físicas como emocionales para los mismos. Este descontrol se asocia al desconocimiento de la enfermedad y al manejo inadecuado de la misma y en aquellos pacientes que tienen mayor tiempo de convivencia con la enfermedad, al no cumplimiento del tratamiento médico en cuanto al régimen dietético y los cambios necesarios en los estilos de vida, lo cual se traduce en indicadores de bajos niveles de adherencia terapéutica.

Entrevista a Especialistas de Salud

Se realizó una entrevista a varios profesionales de la salud, los cuales prestan servicios a los pacientes ingresados semanalmente en el Centro de Atención y Educación al Diabético de la provincia de Villa Clara. Entre las especialidades se encuentran: Dermatología, Estomatología, Oftalmología, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Neurología, Psicología, Nutrición, Especialista en segundo grado en Medicina General Integral (MGI) y Enfermería.

Los especialistas entrevistados refieren que el diagnóstico se realiza mediante una serie de exámenes de laboratorio y el examen clínico general. Para ello 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. Dentro de los síntomas a tener en cuenta se manifiesta la polidipsia, poliuria, polifagia, reseques de la boca, 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, entre otros.

Como enfermedades concomitantes más frecuentes los especialistas mencionaron la hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, hiperlipoproteinemia, epidermofitosis,

sepsis oral, obesidad exógena, hipotiroidismo y dislipidemias. Como complicaciones recurrentes destacaron las neuropatías, nefropatías, retinopatías, trastornos circulatorios, síndrome del pie diabético, micosis, aspiodermitis y afecciones bucodentales que pueden provocar alteraciones en los niveles de glucemia.

Según los datos aportados por los médicos del Centro de atención al paciente diabético, frecuentemente los pacientes suelen llegar al mismo con estados emocionales displacenteros como ansiedad, depresión, preocupación por el futuro, por la familia y por ellos mismos, especialmente en el debut de la enfermedad y en los momentos de descontrol metabólico. Por lo general, se manifiestan como síntomas clínicos desde el punto de vista psicológico, la angustia, la incertidumbre, el llanto frecuente y la tristeza.

Los especialistas describen que como norma general los pacientes acuden al centro con muy bajos niveles de conocimiento sobre la enfermedad, con muchos mitos asociados que interfieren en el manejo adecuado y en el logro de la convivencia armónica con la misma, lo cual se revierte en rechazo a aceptar el diagnóstico, negación de las complicaciones que pudieran generarse o por el contrario en una visión catastrófica de la Diabetes que genera fuertes sentimientos de minusvalía.

En este sentido, la generalidad de los profesionales de salud entrevistados, consideran que este tipo de paciente suele ser muy indisciplinado en el cumplimiento de su régimen terapéutico, con niveles muy bajos de adherencia terapéutica que solo se modifican luego de varios años de convivencia con la enfermedad toda vez que comienzan a vivenciar complicaciones derivadas de la misma. Sin embargo, resaltan que una vez que asisten al centro en busca de ayuda y apoyo profesional comienzan a mostrar un interés marcado por aprender, conocer sobre la enfermedad y convivir de forma salutogénica con la misma.

En cuanto a la influencia de los factores clínicos y psicosociales que intervienen en el logro de niveles adecuados de adherencia, los especialistas destacan que la familia y las redes de apoyo social juegan un papel preponderante, así como también la

situación económica, el nivel cultural y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.

Por otra parte, se destacan las características personológicas de cada individuo, las cuales mediatizan la forma de afrontamiento a la enfermedad y en consecuencia los niveles de adherencia. Así mismo, refieren que los pacientes relacionan el logro de la adherencia con niveles adecuados de control metabólico

El hecho de que la persona esté vinculada a un centro laboral también es relevante en cuanto al cumplimiento terapéutico, debido a que resulta más difícil mantener los horarios de medicamentos y cumplimiento de la dieta en estos espacios.

A estas dificultades se le suma el impacto psicológico que trae consigo dicha enfermedad. Debido a su carácter crónico e irreversible la diabetes afecta al individuo y a su medio social. El hecho de llevar a cabo modificaciones permanentes en su estilo de vida puede traer consigo una serie de limitaciones y agravantes que le impiden al individuo, en cierta medida, integrarse socialmente, lo que trae consigo repercusión en el funcionamiento emocional de los mismos. En este sentido resultan claves las estrategias de afrontamiento que se asuman, pues diversos estudios han demostrado que aquellos pacientes que deciden enfrentar la enfermedad con responsabilidad suelen sufrir un menor impacto psicosocial.

Entrevista a los familiares

Los familiares entrevistados refieren, que las características de personalidad que prevalecen en los pacientes son aquellas que se corresponden con ser sociables, comunicativos, extrovertidos, atentos y de temperamento fuerte. Por lo general mantienen adecuadas relaciones tanto en el ámbito familiar como social. Son muy preocupados con los asuntos familiares y la enfermedad suele convertirse en un estresor por la carga económica que suponen los reajustes en el estilo de alimentación, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes por la etapa de la vida que están transitando son jubilados o pensionados, y toda vez que se enferman dejan de ser el sustento económico fundamental de la familia.

En cuanto a la historia de la enfermedad refieren que los pacientes que mayores niveles de estabilidad clínica logran son aquellos que mayor tiempo de convivencia con la enfermedad poseen, a pesar de ser los que más riesgos de enfermedades concomitantes tienen. Desde la visión de los familiares los síntomas más frecuentes que evidencian los pacientes son el decaimiento, la pérdida de peso, polifagia, somnolencias y desmayos. En todos los casos existen antecedentes de familiares de diabetes, estableciendo, en su mayoría, lazos de consanguineidad de primer y segundo grado.

Con respecto a los eventos vitales asociados a la enfermedad se destaca en la muestra investigada, que existe poca relación entre estos y el debut o períodos de descontrol metabólico de la enfermedad. Sólo el 44% de los familiares refirió algunas dificultades relacionadas con la muerte de un familiar cercano y preocupaciones por sucesos estresantes de menor intensidad, generalmente asociados a la esfera laboral y familiar.

Es interesante la opinión referida por los familiares en cuanto al estado emocional de dichos pacientes en el momento del ingreso al Centro del Diabético, pues en su criterio, llegaron al mismo desestabilizados emocionalmente. En este sentido, el 66% refleja síntomas de depresión y estrés por el padecimiento de la enfermedad, traducidos en síntomas psicológicos como preocupaciones frecuentes y miedo a las posibles consecuencias para la salud de episodios de descontrol metabólico.

De igual manera, los familiares hicieron alusión también a la actitud asumida por los pacientes ante la enfermedad, refiriendo recurrentes conductas de rechazo y negación ante la misma. De ahí que relacionen los niveles de adherencia terapéutica de estos pacientes con la percepción de gravedad que estos creen que tiene en ciertos períodos de la enfermedad. De esta forma, mencionan que solo asumen comportamientos de adherencia cuando se sienten mal o se saben descontrolados metabólicamente, y en cuanto logran controlarse vuelven a descender los niveles de adherencia.

Estos datos revelan que los pacientes presentan dificultades respecto a la adhesión al tratamiento médico, pues, no son capaces de adecuarse a los regímenes terapéuticos cuando están compensados metabólicamente, mostrando indisciplina y negación por cumplir las prescripciones médicas, e ignorando la necesidad de efectuar limitaciones dietéticas y de tomar la medicación necesaria.

Por tanto, las principales preocupaciones para los familiares se circunscriben a elementos como: el rechazo de los pacientes por adherirse al tratamiento, lo cual refieren puede ser producto a la no aceptación de la enfermedad, ignorando los riesgos y consecuencias negativas que puede presentar para la salud de los mismos establecer un estilo de afrontamiento negativo. Se destaca además, la recurrente alusión de los pacientes a preocupaciones en el orden económico, debido a las exigencias de su dieta y del tratamiento farmacológico, lo que los lleva a considerarse como sobrecargas 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 a la economía familiar, convirtiéndose este aspecto en una de las principales fuentes de estrés vivenciadas por los pacientes.

También constituyen motivo de preocupación tanto para los familiares como para los pacientes determinadas necesidades que existen en lo que respecta al manejo de la enfermedad. Estas necesidades se corresponden con mayor nivel de conocimiento sobre la misma, de vías para acceder a instrucciones sobre este padecimiento, lo cual solo puede ser satisfecha asistiendo al centro de atención al diabético.

Por otro lado, se encuentra la dificultad para el seguimiento con un especialista, ya que la mayoría de los pacientes refieren no tener seguimiento de un endocrino a pesar de llevar tiempo conviviendo con la enfermedad. Al respecto, describen que por lo general solo les atienden en el debut o cuando los remiten al Centro de Atención y Educación al diabético por estar descompensados. Existen además dificultades para obtener materiales de prueba, teniendo solo el Bénedict como test para medir los niveles de glucosa, pues por lo general son solo los diabéticos tipo 1 los que tienen acceso a los glucómetros.

Entrevista psicológica a los pacientes

La entrevista psicológica, como ya se conoce, es una de las técnicas que más información aporta, debido a su carácter flexible para acomodarse al propósito de la interacción. En este caso resultó ser de gran utilidad pues permitió la obtención de datos que no pudieron ser explorados mediante otras técnicas. Para su aplicación se utilizaron una serie de ejes temáticos que responden a los objetivos de la investigación.

Entre los indicadores explorados se encuentran aquellos que teóricamente se describen como determinantes de la adherencia terapéutica, tales como, características individuales del paciente, de la relación médico- paciente, del régimen terapéutico, apoyo social y familiar, así como el conocimiento de la enfermedad, y las habilidades para el manejo de la misma.

Teniendo en cuenta que la adherencia terapéutica implica la colaboración voluntaria del paciente para mantener una secuencia de comportamientos que tributen a producir un resultado preventivo o terapéutico deseado, podemos decir que los resultados revelados en el estudio muestran que un 28,6% de los diabéticos refieren mantener un adecuado nivel de adherencia al tratamiento, admitiendo que cumplen generalmente con el consejo médico y los ajustes en el estilo de vida que impone la enfermedad.

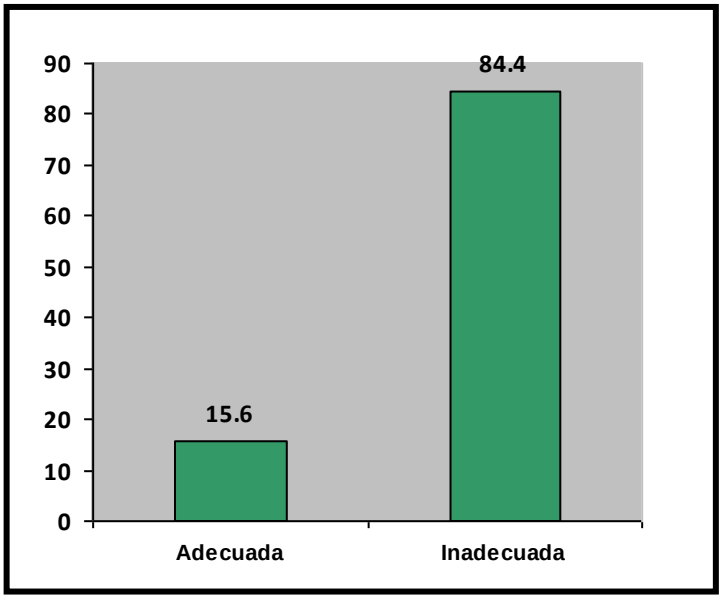
Un 75,5% refiere cumplir solo en ocasiones con el tratamiento, sobre todo, en lo que respecta a tomar los medicamentos, pues la dieta es la condición que más violan debido a que se les dificulta mantenerla ya sea por el esfuerzo volitivo que esta implica o por las dificultades económicas que presentan para llevarla a cabo.

Por su parte, el 24,4% restante de la muestra no cumple con el tratamiento porque les resulta muy difícil mantener las restricciones que impone la misma y le restan importancia al mantenimiento de conductas responsables con la salud en períodos donde se perciben controlados metabólicamente.

Otro de los determinantes que juega un papel preponderante en la manera en la que el diabético se adhiere al tratamiento lo constituye la relación médico-paciente. Hoy es sabido que la calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta del paciente pudiendo tomar modos acorde con las conductas sugeridas por el profesional. Por tanto, resulta necesario concebir esta relación en el mantenimiento de la adherencia terapéutica como un vínculo en el que ambos se conciben en un acto único de naturaleza subjetiva y objetiva.

En el presente estudio, desde la percepción de los pacientes este indicador se manifiesta deprimido, ya que el 84,4% refirió dificultades para recibir atención y seguimiento por parte de los endocrinos más allá de la etapa de ingreso al Centro de Atención y Educación al paciente diabético. En este sentido, consideran que se les hace muy difícil en sus espacios comunitarios o en la atención primaria de salud, acceder a especialistas de esta área en momentos en los que no tengan preestablecidas las consultas de seguimiento, las cuales funcionan en intervalos de tiempo de tres meses, y en las que muchas veces el endocrino del área no se presenta, lo cual dificulta la conducción adecuada de la enfermedad. Para ilustrar esta relación se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Relación médico-paciente



Fuente: Entrevista al paciente

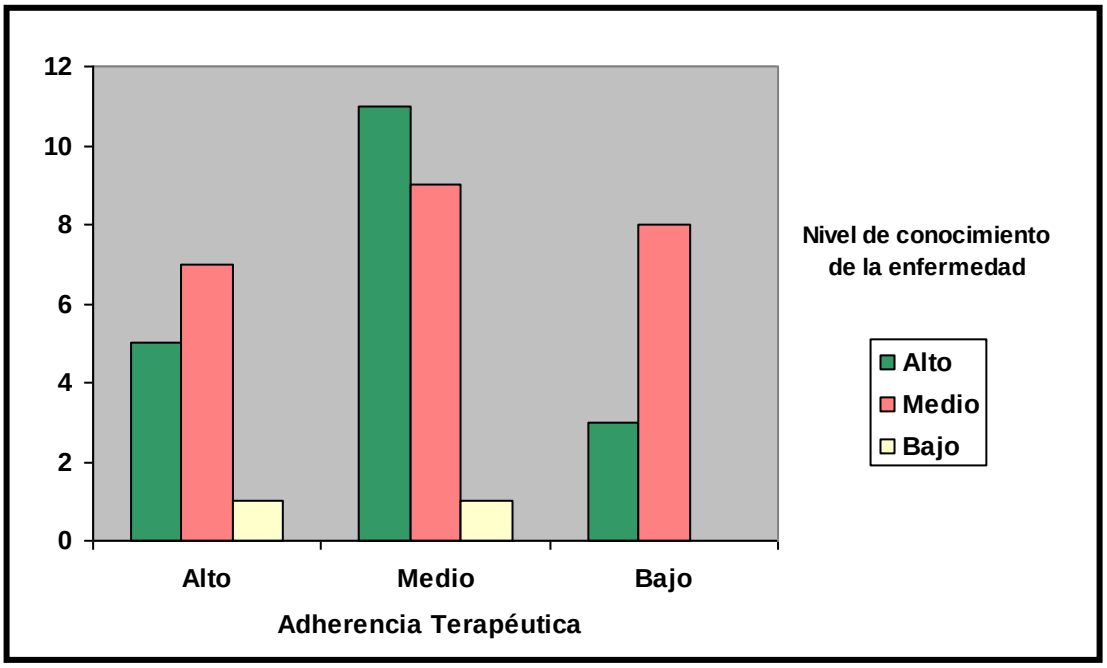
En relación con los anterior los pacientes refiere: *"nos dicen que no hay casi endocrinos por lo que no dan abasto para la cantidad de diabéticos que hay en toda la provincia", "venir al centro es lo que me asegura ser vista por el especialista porque a la zona que pertenezco no va ninguno", "cuando me descompenso y vengo a la clínica del diabético me atienden todo tipo de especialistas porque de lo contrario no me ve ninguno".*

Por otra parte, declaran que cuando asisten a consultas sus relaciones con el personal médico son adecuadas. El médico les explica cuáles son los cambios que deben adoptar en su estilo de vida, cómo deben llevar la dieta y los medicamentos así como la importancia de hacer ejercicios. Algunas de las cualidades positivas que refieren sobre los profesionales que les atienden son: la amabilidad, la paciencia, la precisión en las indicaciones, el conocimiento y experticia en el tema, entre otras.

Sin embargo, hacen alusión a otras características menos asertivas del trato de los especialistas para con ellos entre las que destacan: suelen ser peleones, serios, apurados, poco comprensivos. Lo anterior, unido al escaso vínculo especialista-paciente, tiene repercusión directa en la motivación de este último para recibir atención profesional (asistencia a consultas médicas) y por consiguiente, en las conductas de adherencia terapéutica.

El nivel de conocimiento que poseen los pacientes sobre la enfermedad también tiene un impacto relevante en la forma en la que estos afrontan la misma. En consecuencia, constituye otros de los determinantes descritos teóricamente para el logro de niveles adecuados de adherencia terapéutica, toda vez que a mayores niveles de conocimiento sobre los riesgos y consecuencias para la vida, mayores conductas de autocuidados deberían generarse; convirtiéndose el conocimiento en un fuerte móvil para la modificación de conductas. Sin embargo, es importante precisar que muchas veces estar informado sobre los riesgos y consecuencias de la enfermedad puede traer consigo manifestaciones de bloqueo y negación, no constituyendo de esta forma una mejora para las pautas del tratamiento. Por tanto, la reacción del individuo va a quedar sujeta además a la educación y las indicaciones que reciba.

Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre la enfermedad



Fuente: Entrevista al paciente

El gráfico anterior muestra que el 35,5% de los diabéticos estudiados declaran no poseer ningún conocimiento sobre la enfermedad, mientras que solo el 13,3% refiere tener conocimientos debido a que se han interesado por obtener cultura sobre el tema o tienen familiares cercanos que se vinculan al campo de la medicina. Por su parte, el 24,4% de los pacientes manifestaron tener poco conocimiento y un 26,6% niveles medios, debido a la experiencia como cuidadores de familiares que padecen o padecieron esta enfermedad.

No obstante, al profundizar en el nivel de conocimientos de aquellos pacientes que reconocen tener nociones claras sobre la enfermedad, se pudo apreciar que el mismo está permeado de mitos o creencias erróneas, lo cual dificulta las formas de afrontamiento a ésta. En muy pocos casos tienen claridad de cuáles son los factores de riesgo que poseen ellos mismos, así como las conductas de riesgo que asumen, toda vez que no las tienen identificadas como conductas que comprometen su salud.

Como aspecto positivo para el afrontamiento a la enfermedad en el grupo de estudio se destaca el apoyo social, el cual es percibido de forma adecuada por el 84,4% de

los pacientes. Este tipo de apoyo asume una función de ayuda y enfrentamiento activo en el restablecimiento u optimización de la salud, una vez que el individuo enfermó. Se deriva de las relaciones interpersonales familiares y se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. De ahí que el mayor peso recaiga sobre la familia, ya que el paciente diabético exige un apoyo importante del núcleo familiar que lo auxilia en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

En este sentido, se pudo conocer que el 31,1% de los pacientes conviven con hijos, padres, nietos o hermanos; igualando también esta cifra aquellas personas que conviven con la pareja y otros miembros de la familia. Un 24,4% vive con su pareja y solo el 13,3% restante vive solo. La mayoría (97,7%) declara que mantienen adecuadas relaciones en el ámbito social, familiar y laboral y que el apoyo se comportan como una constante en el enfrentamiento cotidiano a la enfermedad.

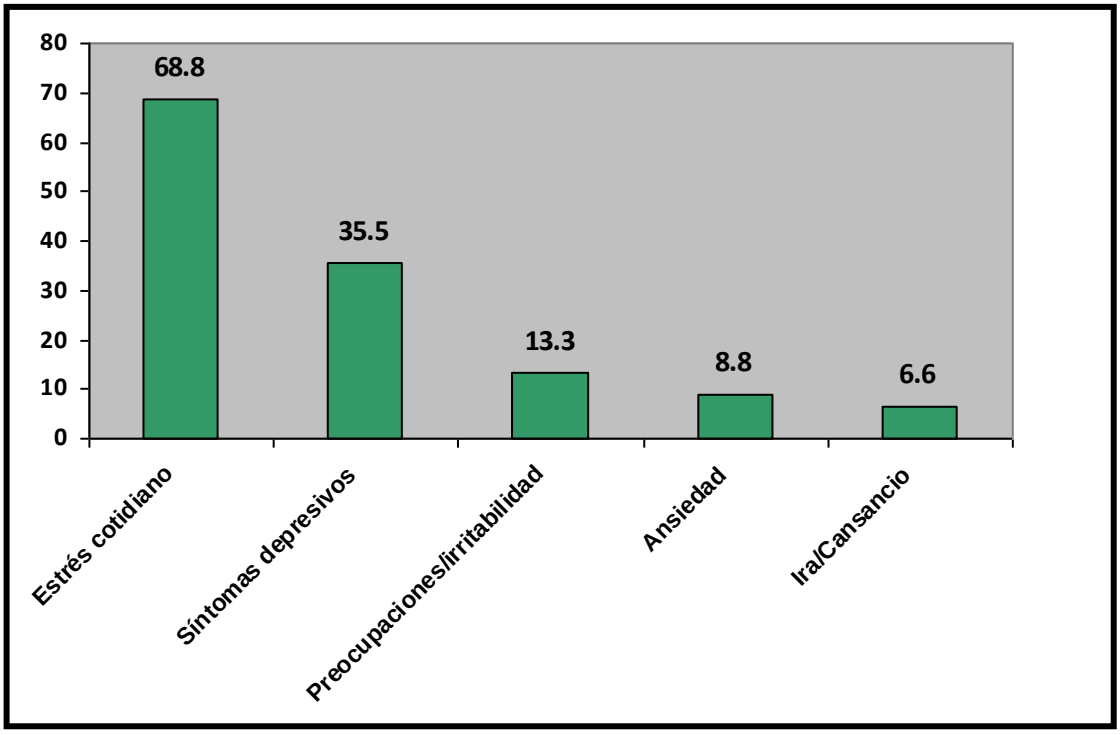
Al explorar el nivel de estrés que experimentan los pacientes estudiados, como categoría psicológica que tiene especial incidencia en la regulación metabólica de la enfermedad; se identificó un por ciento elevado de la muestra sometido a estrés cotidiano (68,8%). Muchos de ellos le atribuyen los síntomas de estrés a cargas de trabajo, debido a que el 33,3% son trabajadores. Por su parte los jubilados (20%) y las amas de casa (13.3%) asocian las vivencias de estrés a las complicaciones de la propia enfermedad y de otros padecimientos crónicos que poseen de conjunto con la diabetes. También ejercen gran influencia las exigencias del hogar, las cuales muchas veces no son coincidentes con el estilo de vida que demanda esta enfermedad.

Además de los niveles de estrés también se pudo constatar la presencia de determinadas vivencias emocionales displacenteras que van desde la ansiedad hasta sentimientos de desesperanza y minusvalía asociados a la depresión; los cuales influyen simultáneamente en la representación de la enfermedad y en el desarrollo de estilos de afrontamiento que contribuyan al afrontamiento de la misma.

Muchas de estas emociones surgen producto de la representación que tienen los pacientes de la propia enfermedad y los mitos que de ella se derivan, ya sea por haber convivido con un familiar portador de diabetes o por el miedo que suelen infundir los pacientes con más experiencia sobre aquellos que atraviesan por el debut de la enfermedad. En este caso, se evidencia que sólo el 33,3% de los pacientes no manifiestan vivencias emocionales negativas.

En este sentido, resultaron predominantes las vivencias asociadas a síntomas depresivos (35,5%) y en menor medida las preocupaciones e irritabilidad representando al 13,3% de los pacientes. De igual modo, le siguen con el 8,8% la ansiedad como estado y el estrés. A ello se le suma la ira y el cansancio o decaimiento en el 6,6% de muestra. Esto se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico 3: Vivencias asociadas a la enfermedad.



Fuente: Entrevista al paciente.

También se constató la presencia de otras vivencias que no tienen tanta incidencia como los anteriormente citados pero que igualmente repercuten de manera negativa en el bienestar físico y emocional del paciente, dentro de ellos se encuentran en

primer lugar: la sensación de sentirse limitados, lo cual puede estar asociado al hecho de creerse una carga para la familia, sobre todo en el ámbito económico, a lo que se le suma también la limitación social, debido a que a medida que van surgiendo complicaciones de la enfermedad se va haciendo cada vez más difícil mantener la independencia y por tanto se van acrecentando los ajustes en el estilo de vida. En segundo lugar, se ubica la tendencia al aislamiento producto de estas mismas limitaciones a las que se ven sometidos y a la carencia de recursos de afrontamiento a la enfermedad efectivos. En tercer y último lugar, se destacan los trastornos del sueño, los cuales pueden estar asociados a las preocupaciones recurrentes y el estrés al que están sometidos.

De igual manera, mediante la entrevista se exploraron las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la enfermedad. Dichas estrategias están representadas primeramente, por la disposición a cumplir con el tratamiento, motivados por la necesidad de sentirse bien y lograr un mejor control metabólico, lo cual constituye una forma positiva de afrontar la enfermedad, a la que también se le suman aquellas personas que manifiestan actitudes positivas como *"aceptarla y tener fuerza de voluntad"*, *"cuidarse y seguir adelante"*, representando al 15,5% de los diabéticos. Lo anterior pareciera que contradice lo que se ha venido refiriendo en cuanto al grado de adherencia mantenido por los pacientes, pero, resulta necesario declarar que las estrategias planteadas se asumen solo en periodos de descontrol metabólico matizadas por el miedo a posibles complicaciones.

En segundo lugar se encuentra la negación, referida por un 20% de la muestra, ya que muchos pacientes manifiestan que no le dan importancia a la enfermedad, prefiriendo *"no pensar en ella"* y *"seguir viviendo sin coger lucha"* aun cuando esta actitud no propicie ningún beneficio, de modo que se declaran *"reacios a permitir que la enfermedad les afecte emocionalmente"*.

Relacionada con esta actitud también se encuentra la orientación prioritaria hacia el proyecto familiar como mecanismo de evasión, es decir, mantenerse ocupados en los quehaceres del hogar y el cuidado de hijos y nietos *"para no tener tiempo de pensar en la enfermedad"*, lo cual representa el 11,1% de la muestra. Esta misma

cifra también se corresponde con aquellos pacientes que utilizan el trabajo para canalizar las preocupaciones, se apoyan en éste para evadir el hecho de estar descompensados o preocupados por tener una recaída, lo cual no constituye una actitud favorable en el sentido de aceptar el padecimiento y adaptarse a ello, debido a que evidentemente, la adaptación a la enfermedad depende también del ecosistema del paciente, ya sea físico, personal o sociocultural.

Por su parte, el 6,6% de los pacientes investigados se apoya en las relaciones sociales para distraerse y *"evitar un poco las preocupaciones"*, por lo que resuelven salir, visitar amistades o familiares, asistir a eventos sociales, lo cual no necesariamente significa que olviden su padecimiento y rompan con las exigencias y requerimientos propios del estilo de vida impuesto por la diabetes. También están los que tienen como soporte las creencias religiosas (4,4%), lo cual constituye un móvil para aceptar la enfermedad, *"aprender a vivir con ella"* y responsabilizarse por su cuidado.

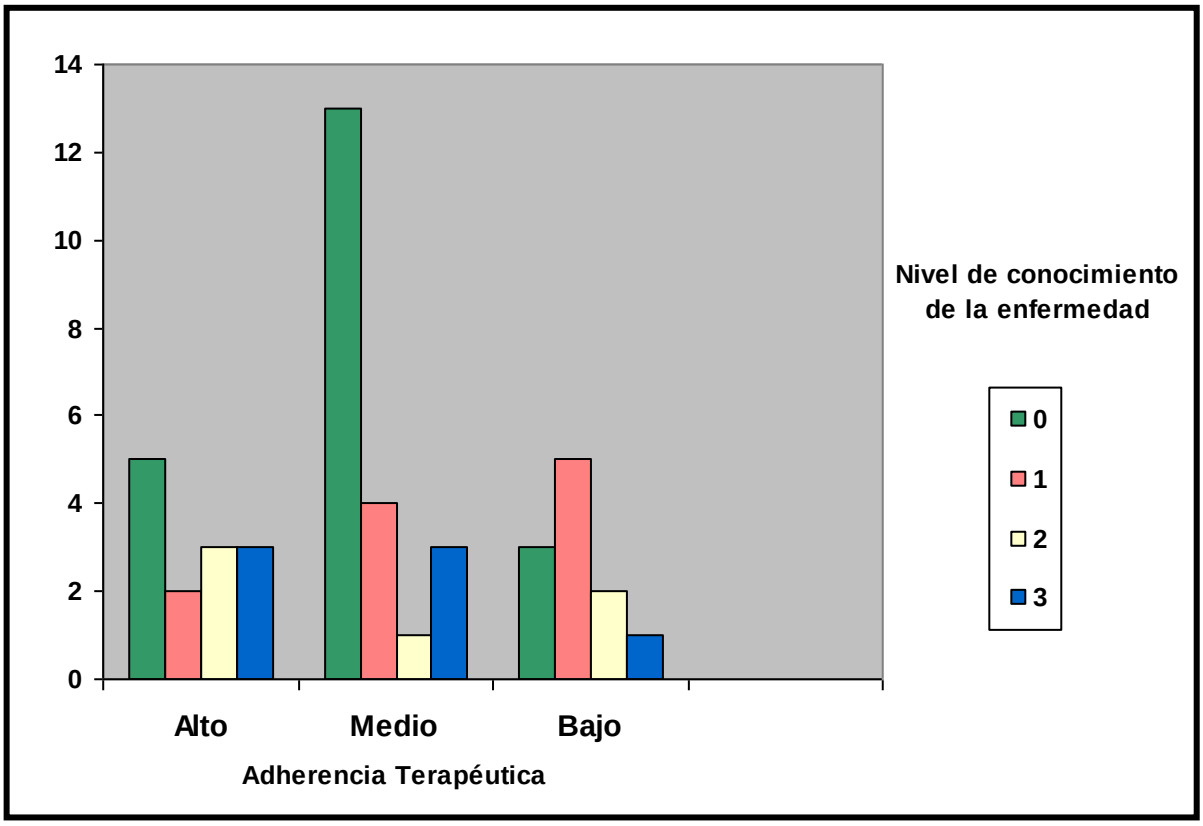
Por último, se encuentran aquellas personas que se resignan a estar enfermos, constituyendo un 2,2%, *"lo que toca sin tener remedio".* Estos pacientes no sienten motivación alguna por mantenerse estables o lograr el mejoramiento de su calidad de vida, por tanto dimiten ante sus responsabilidades; lo cual irrumpe negativamente en su bienestar y en el logro del control metabólico.

Entrevista clínica centrada en la enfermedad

Mediante esta técnica se pudieron corroborar datos aportados por otras técnicas que le confieren gran importancia a la investigación. Al respecto, se pudo comprobar que el 42,2% de los pacientes que debutan con la enfermedad, mantienen un mayor nivel de adherencia como se muestra en el gráfico 3, debido a la representación y el desconocimiento que tienen de la misma, lo que se traduce en miedo a posibles complicaciones, convirtiéndose en un elemento que potencia los niveles de adhesión, pero solo temporalmente pues en la medida que éste desaparece el paciente comienza a incumplir las indicaciones médicas.

También se pudo apreciar que estos niveles decaen en el caso de aquellos pacientes que tienen de 1 a 5 años conviviendo con la enfermedad, donde existe una tendencia a incumplir el tratamiento debido a que se gana en confianza y despreocupación por los riesgos que la misma puede ocasionar. Contrariamente a lo sucedido con aquellos pacientes que llevan más de 6 años padeciendo de diabetes, los cuales muestran mayor grado de adherencia estando relacionado, con el carácter progresivo de la enfermedad y las complicaciones que ésta trae consigo, lo que lleva a los pacientes con mayor experiencia, a adherirse al tratamiento.

Gráfico 4. Tiempo de evolución y nivel de adherencia terapéutica

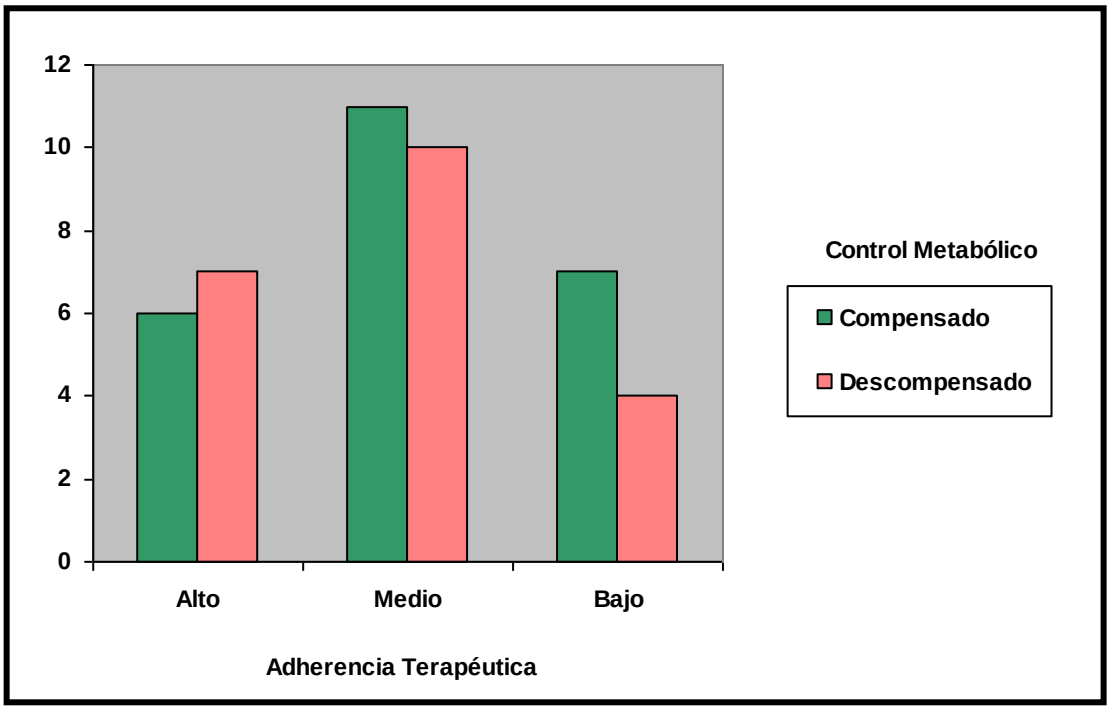


Fuente: Entrevista clínica centrada en la enfermedad

Por otra parte, el 46,6% de los sujetos tiene en estos momentos, un mal control metabólico. Siendo estos en su mayoría pacientes que llevan más tiempo conviviendo con la diabetes, los cuales también vivencian de manera más aguda la amplia gama de síntomas referidos en la investigación.

En el siguiente gráfico se muestra que los mayores niveles de adherencia se logran cuando el paciente está descompensado lo que se traduce en una mayor preocupación por posibles complicaciones y en la necesidad de sentirse bien, lo cual resulta coherente con lo anteriormente expuesto.

Gráfico 5. Control metabólico y adherencia terapéutica.



Fuente: Entrevista clínica centrada en la enfermedad.

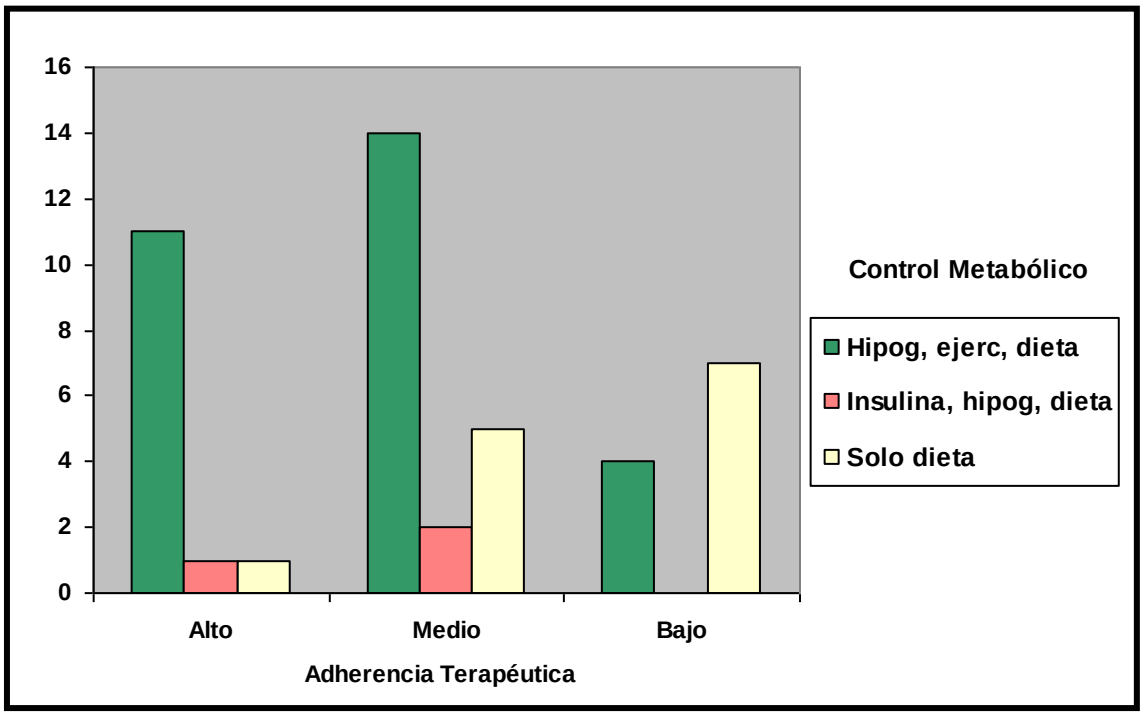
En esta técnica se evidencia, nuevamente, que el 77,7% de la muestra tiene antecedentes patológicos familiares de diabetes y que el 80% de los mismos, padecen de enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión Arterial y las Cardiopatías Isquémicas.

En lo que respecta al tratamiento médico se comprueba que el 62,2% de los pacientes ingiere tabletas hipoglucemiantes además de la dieta y ajustes en el estilo de vida. El 28,8% controla su enfermedad solo con indicación dietética y el 6,6% se trata con administración directa de insulina unido a dosis de tabletas hipoglucemientes y la dieta correspondiente. Resulta preocupante que el 42% de la muestra, que representa a los trabajadores, declara que les resulta enteramente

difícil cumplir con el régimen de tratamiento en lo que respecta a la dieta y la medicamentación, pues los horarios laborales y las condiciones de trabajo no propician el ajuste adecuado a estas prescripciones médicas.

Por otra parte, se ratifican las dificultades económicas asociadas a la dieta debido a que más del 20% de los pacientes manifiesta tener problemas para mantenerla, debido a los costos de la alimentación sana como son los vegetales, verduras, hortalizas y viandas. Esto se puede mostrar claramente en el gráfico 6 donde se observa que en los niveles más bajos de adherencia se corresponden con aquellos pacientes que basan su tratamiento, fundamentalmente, en la dieta.

Gráfico 6. Régimen de tratamiento y adherencia terapéutica.



Fuente: Entrevista clínica centrada en la enfermedad.

Dentro de los estados emocionales que los pacientes más asocian a la enfermedad señalaron los síntomas depresivos como angustia, tristeza, llanto, apatía en un 33,3% de la muestra. En consecuencia, adoptan actitudes que van desde la resignación y la apatía, hasta la negación de la enfermedad. También se evidencian otras reacciones como el miedo (8,8%). Por su parte, un 24,4% de los pacientes

estudiados refieren asumir una actitud positiva, en tanto aceptan la enfermedad y se sienten motivados por cumplir el tratamiento y mejorar su calidad de vida. Al respecto declaran: *"hay que ser optimistas y seguir adelante", "se debe tener paciencia porque la enfermedad es para toda la vida, por tanto hay que cuidarse para no empeorar".*

En cuanto al conocimiento de la enfermedad se reflejan elementos contradictorios, en tanto la mayoría de los pacientes (64,4%) posee al menos, conocimientos básicos sobre la misma y la importancia de estilos adecuados para su manejo pero aún así las cifras de adherencia son bajas. Estos resultados reafirman lo que se describe en la literatura en cuanto a que el componente cognitivo por sí solo no moviliza el comportamiento, por tanto, tener conocimiento de los riesgos de la enfermedad no produce necesariamente, un cambio positivo en las actitudes hacia la misma.

Lo anteriormente descrito se traduce en que muchos de los pacientes estudiados incurren en conductas de riesgo, tales como el mantenimiento de hábitos tóxicos, siendo el 95% de ellos adictos a la cafeína, el 51,11% a las bebidas alcohólicas y el 45% fumadores y exfumadores. También declaran como otros comportamientos de riesgo el incumplimiento de la dieta (55,5%) y el exceso de trabajo (6%).

En cuanto al entrenamiento en automonitoreo del control metabólico el 68,8% declara saber hacerse las pruebas, aunque la gran mayoría solo utiliza el Bénedict y generalmente lo hacen cuando presentan síntomas de descontrol, es decir, no lo realizan como práctica habitual. Identifican como una de las necesidades principales la escasez de materiales de prueba (28%), ya que consideran que debieran tener acceso a los glucómetros. Otras necesidades referidas son la falta de atención de especialistas como el endocrino (82%) seguido de la necesidad de conocimiento sobre la enfermedad (6,6%).

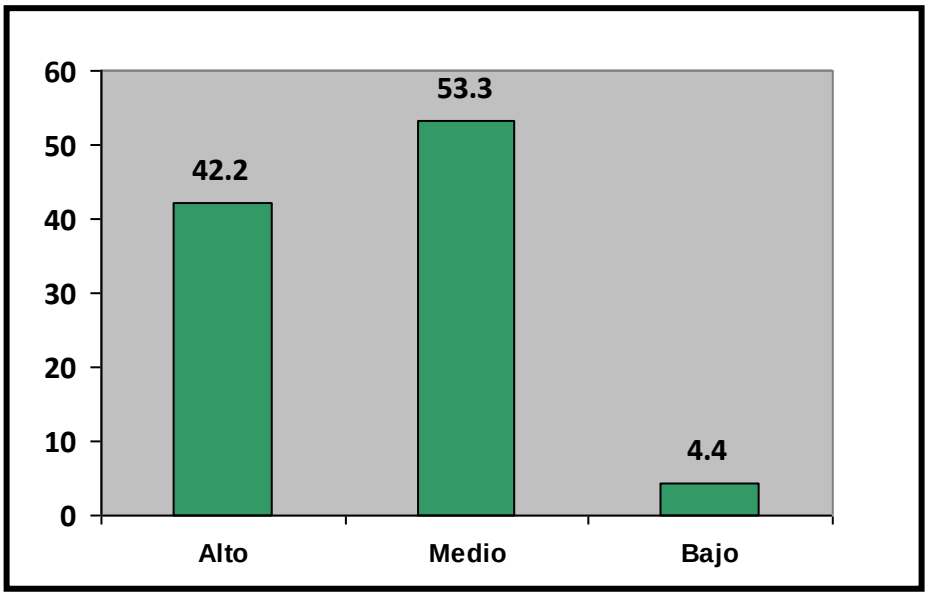
.**Cuestionario de conocimiento de la enfermedad**

Los conocimientos y las creencias adecuados sobre la enfermedad constituyen una condición importante para propiciar una adecuada adherencia terapéutica. Sin

embargo, el conocimiento por si solo no garantiza el cambio de actitudes y del estilo de vida del paciente.

Lo anterior se hizo evidente en los resultados obtenidos en este cuestionario, ya que los mayores índices de puntuaciones modulan entre niveles alto y medio de dominio de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus. Al respecto, un 42,2% de los sujetos se ubican en el nivel alto, el 53,3% en un nivel medio de conocimiento y solo un 4,4% en el nivel bajo. Lo cual se corresponde con resultados obtenidos anteriormente en las entrevistas realizadas a los sujetos de esta investigación. Para su mejor visualización se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico 7. Conocimiento de la enfermedad



Fuente: Cuestionario de conocimiento de la enfermedad.

Se pudo conocer que el mayor por ciento de las puntuaciones (93,8%) lo recibieron aquellos ítems que se corresponden al indicador de conocimientos sobre la dieta, cuando se ha declarado en técnicas anteriores que el incumplimiento de ésta constituye una de las principales conductas de riesgo, ya que el 55,5% de los pacientes manifiesta no llevarla a cabo. A ello le sigue con un 91,6% las puntuaciones del indicador que ilustra el conocimiento sobre el cuidado de los pies y cuidado bucal.

Por otra parte el 88,8% refiere conocer sobre los ejercicios físicos y sus beneficios. Sin embargo, solo el 31% de los pacientes los practican. Mientras que el 86,11% refirió tener conocimiento de las características y de la clasificación de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, el 83,7% manifiesta conocimiento sobre el mismo, refiriendo como sus pilares fundamentales los medicamentos, la dieta, el ejercicio y la educación, lo cual es llamativo si tenemos en cuenta que solo el 15% cumple con las prescripciones que para ello se establecen. Lo anterior, corrobora una vez más que el conocimiento no siempre genera una influencia positiva sobre la modificación de actitudes, si no se trabajan además los componentes afectivo y volitivo de las mismas.

Por último y no menos importante, se sitúa el indicador referido al conocimiento del control metabólico de la enfermedad, representando el 74% de los puntos. Las principales dificultades se evidencian en el dominio sobre las complicaciones de este padecimiento, tales como hipoglucemia e hiperglucemia.

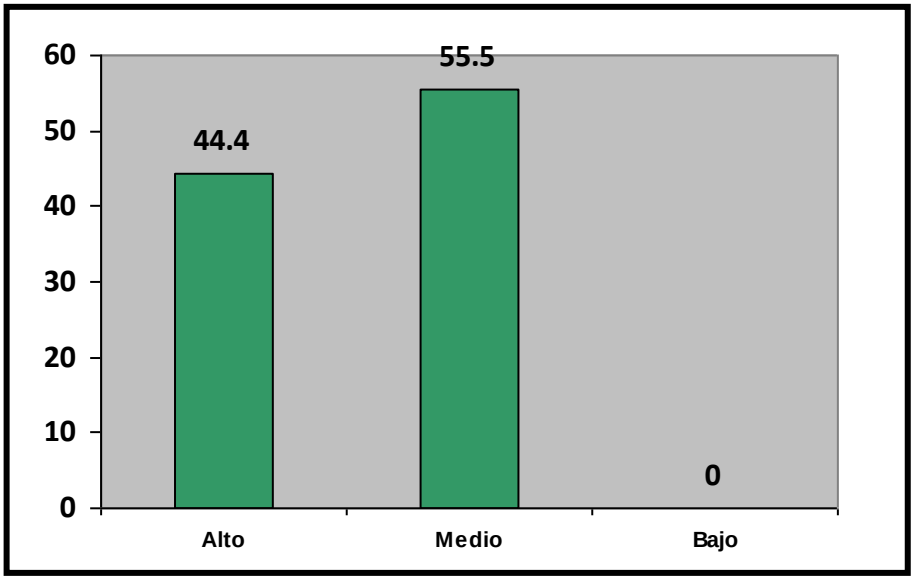
Cuestionario sobre factores de riesgo asociados a la enfermedad

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con la enfermedad. Debido a esta característica se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la misma o de sus complicaciones con varios años de anticipación. También se manejan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada paciente y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida de los mismos.

Debido a su importancia resulta necesario el conocimiento no sólo de los factores, sino también de los comportamientos de riesgo. Para ello, se utiliza el presente cuestionario donde se obtuvieron resultados que se corresponden con el análisis de este indicador en técnicas anteriores, ya que se manifiesta que ninguno de los pacientes está exento ante cualquier factor o comportamiento de riesgo, en tanto el

55,5% se ubica en un nivel medio de riesgos y el 44,5% restante en el nivel máximo.

Gráfico 8. Factores de riesgo asociados a la enfermedad.



Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Los resultados mostraron que el 77,7% de los pacientes presentan antecedentes de familiares diabéticos, siendo generalmente estos familiares de primer y segundo grado de consanguineidad. También se evidencia que el 80% de los sujetos padece de enfermedades cardiovasculares como la HTA y las Cardiopatías Isquémicas, seguidas por el asma bronquial y otras enfermedades respiratorias en el 13,3%, junto al hipotiroidismo que representa al 4,4% de los pacientes con sexo femenino.

Por otra parte, se registra que el 66,7% presenta sobrepeso corporal u obesidad en el debut. Este factor puntea entre los factores de riesgo que más incidencia negativa tienen sobre el paciente ya que por su efecto se convierte en la génesis de otros tantos factores de riesgo no menos preocupantes. Tal es el caso del sedentarismo, que ocupa un lugar importante en la escala de comportamiento de riesgo con los que conviven los diabéticos de la muestra estudiada. Ello lo confirma el hecho de que el 68,8% de los pacientes no practica ningún tipo de ejercicios físicos.

Se registran además, otros comportamientos de riesgo, los cuales son representados por hábitos tóxicos como el alcoholismo, tabaquismo y la adicción a la cafeína, así como el incumplimiento de la dieta alimenticia.

Dentro de los hábitos tóxicos se destaca la adicción a la cafeína en el 95,5% de la muestra; el alcoholismo, expresado en el 51,11% ya sean alcohólicos o bebedores sociales y el tabaquismo, éste último afecta al 44,4% de ellos, dentro de los que se encuentran fumadores y ex fumadores recientes.

En cuanto a lo referido al cumplimiento de la dieta, se evidencia que el 51% de los pacientes manifiesta cuidar su dieta siempre, mientras que el 44,4% la cuida a veces y el 4,4% restante alega no cuidarla nunca.

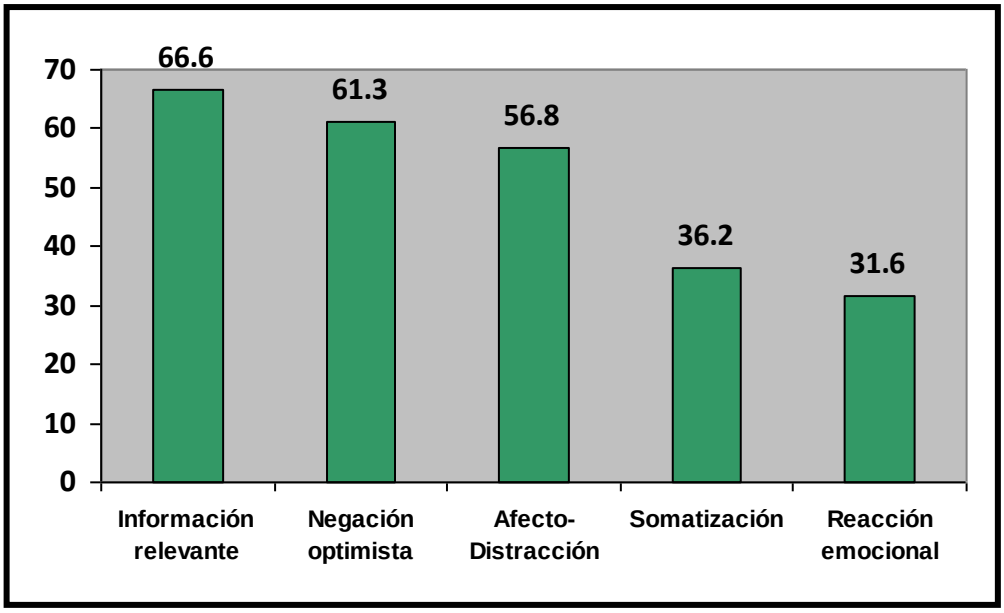
Como ya se ha abordado anteriormente, el apoyo familiar, se constituye como predictor de la adherencia terapéutica. Su importancia en los cuidados y el afrontamiento de la enfermedad son innegables, por tanto, resulta imprescindible el estudio de aquellos factores que constituyen riesgos psicosociales. En el caso de estos pacientes se muestra que el 88% se siente apoyado por sus familiares, recibiendo ayuda de estos en el ámbito económico, psicológico y social.

Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad

Uno de los factores que ejerce función moduladora en la adherencia terapéutica es el estilo de afrontamiento. Dicho estilo determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo y representa los esfuerzos que desarrolla el paciente para manejar las demandas específicas, tanto internas como externas, los cuales dependen de los recursos propios de cada persona.

El diagnóstico de un trastorno crónico como la diabetes implica, sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes futuros del individuo, con las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales. Por tanto, resulta importante estudiar la forma en que la persona afronta estos cambios y los estilos que predominan. Para ello se aplicó el cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad el cual revela los siguientes resultados:

Gráfico 9: Estilos de afrontamiento.



Fuente: Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad.

Se constató que la búsqueda de información relevante constituye la estrategia más empleada por los pacientes (66,6%). Sin embargo, un análisis más detallado arroja que este mecanismo de afrontamiento no es considerado como un indicador positivo ya que en la mayoría de los casos no se emplean fuentes oficiales o provenientes de especialistas; sino de creencias populares o referencias de otros pacientes diabéticos, amistades, familiares, etc.

Por otra parte, se destaca el empleo de la negación optimista en el 61,3% de la muestra, lo que ratifica los resultados obtenidos en las entrevistas, debido a que estos pacientes asumen una actitud poco responsable ante la enfermedad, utilizando mecanismos de evasión para evitar preocuparse. Esto se traduce en el incumplimiento de la dieta y demás modificaciones necesarias en su estilo de vida, lo cual muestra una vez más, los bajos niveles de adherencia que experimentan estos pacientes.

El tercer lugar lo representan los estilos relacionados con afecto – distracción, en un 56,8% de la muestra estudiada. Lo que confirma la utilización de mecanismos para

evadir las preocupaciones surgidas por la enfermedad, como expresión de la carencia de recursos eficientes para el manejo adecuado de la misma.

En cuanto a la somatización como estilo, se pudo conocer que se presenta el 36,2%. Este resultado corrobora lo descrito en la literatura consultada, debido a que es muy frecuente que los pacientes diabéticos canalicen somáticamente aquellas vivencias displacenteras que les produce la enfermedad, producto de las implicaciones psiconeuroendocrinoinmunológica de la respuesta de estrés.

Por último, reconocen la reacción emocional, que representa al 31,6% de los pacientes. Lo cual se refleja en las vivencias asociadas a la enfermedad donde predominan los síntomas característicos de la depresión como: tristeza, llanto, aislamiento, apatía, desesperanza, junto a otras emociones negativas como la irritabilidad, ira, ansiedad y el estrés. En este sentido, resulta llamativo el hecho de que el 44,4% de los pacientes intente disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos. Aunque la incidencia de este estilo de afrontamiento no se presenta en un por ciento representativo de la muestra, sí es considerado como información relevante teniendo en cuenta la implicación psiconeuroendocrina de los estados emocionales.

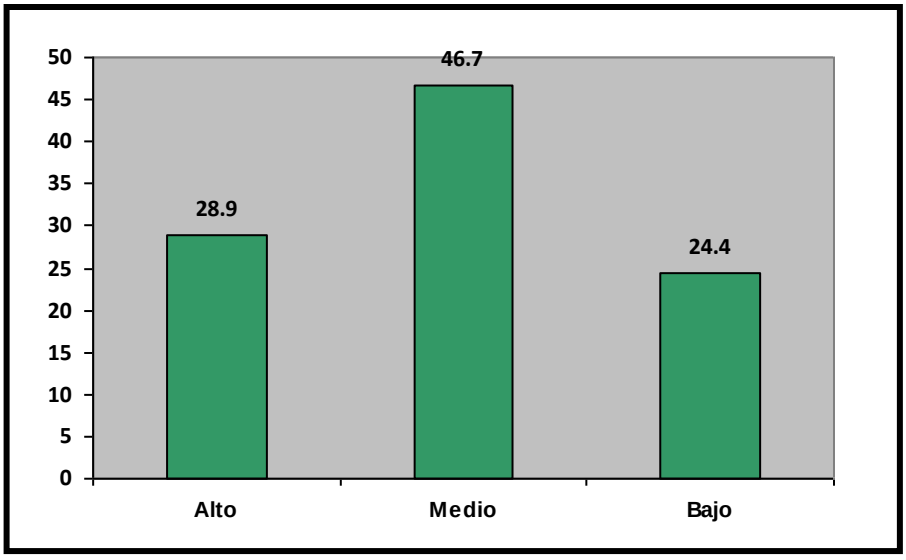
Cuestionario de adherencia terapéutica

Debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y de salud que se le han indicado, cobra gran importancia comprobar si el paciente se adhiere o no al tratamiento. Por tanto, determinar el grado de adherencia terapéutica que poseen los sujetos de esta muestra, constituye uno de los principales objetivos de la investigación.

Los resultados aportados por esta técnica corroboran los obtenidos en técnicas anteriores, ya que sólo el 28,9% de los pacientes presenta niveles altos de adherencia terapéutica. Mientras el 46,7% se encuentra en un nivel medio de adhesión, constituido generalmente por el cumplimiento del tratamiento

farmacológico, asumiendo que el mantenimiento de la dieta, los ejercicios físicos y la eliminación de hábitos tóxicos no representan cambios que hayan incorporado en sus estilos de vida. Al respecto, el 24,4% de la muestra encuestada presentan un nivel bajo de adherencia y por ende, una baja percepción de riesgo con respecto a la enfermedad y las consecuencias derivadas de una diabetes mal controlada.

Gráfico 10. Niveles de adherencia terapéutica.



Fuente: Cuestionario de adherencia terapéutica.

Los ítems que recibieron las puntuaciones más bajas se corresponden con aquellos que hacen referencia a la frecuencia con que se realizan un chequeo médico, con que asisten al médico para examinar su estado de salud y a la frecuencia con que el médico los visita a ellos. Por otra parte, se encuentran los ítems que se relacionan con la incorporación de modificaciones en su estilo de vida y con la incorporación de habilidades para realizar acciones ante episodios agudos de descontrol metabólico.

Esto se traduce en que el 100% de los pacientes acuden al médico para examinar su estado de salud sólo cuando se sienten mal, lo cual tiene repercusión en la evolución de la enfermedad ya que por las características propias de la misma como su cronicidad e irreversibilidad esta lleva un seguimiento médico al menos cada tres meses. Lo mismo sucede con la frecuencia con que se realizan chequeos médicos

de rutina, ya que el 55,5% solo lo hace cuando se siente mal, mientras que sólo el 22% lo realiza una vez por año.

Con respecto a las visitas del médico para verificar su estado de salud se constató una cifra preocupante, en tanto el 84,4% de los pacientes refiere no ser visitado nunca, lo cual se corresponde con resultados obtenidos anteriormente en cuanto a la relación médico paciente. Estos resultados impactan negativamente en la adhesión al tratamiento, ya que resulta necesario para lograr altos niveles de adherencia terapéutica una activa participación del profesional tanto en el plano intelectual como afectivo.

En relación con la actitud que generalmente asumen cuando el médico le diagnostica una hiperglucemia, se evidencia que aproximadamente la mitad de los pacientes, es decir, el 51%, asume la conducta necesaria en estos casos, mientras que el 20% no le da ninguna importancia a la situación o se apoya en la ingestión de psicofármacos para disminuir la repercusión emocional del problema. El 24,4% restante no toma los medicamentos, sino que procura mantenerse tranquilo a esperar que se estabilicen los indicadores clínicos por sí solos.

Estos resultados también se relacionan con la representación que tienen de la enfermedad y con el estilo de afrontamiento que han adoptado ante la misma, negando, en este último caso, sus complicaciones y esperando una reacción fisiológica positiva sin cumplir el tratamiento.

Por último, se valoran aquellos ítems que revelan información en cuanto a las modificaciones necesarias, adoptadas o no, en su estilo de vida. En este sentido, sólo el 40% de los pacientes refiere haber adoptado “todos los cambios necesarios”, mientras que el 53,3% declara que ha adoptado solamente algunos, los cuales aluden generalmente al cumplimiento de los horarios de la medicación y la mitad de los casos (51%) se esfuerza por cumplir la dieta diariamente. Dentro de los cambios que no refieren haber incorporado se encuentran la eliminación de hábitos tóxicos y la realización de ejercicios físicos.

3.2 Análisis integral de los resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos.

El presente estudio se ha estado orientado a la caracterización del comportamiento de las variables psicosociales y clínicas que se relacionan con la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

En lo referido a las variables clínicas, donde se incluyen los indicadores de control metabólico y el tiempo de evolución de la enfermedad, se pudo constatar que el 42,2% lo representan aquellos pacientes que se encuentran en el periodo de debut de la enfermedad y el 46,6% transita por un periodo de descontrol metabólico de la misma. Solo el 12, 2% se encuentra en el grupo de pacientes compensados desde el punto de vista clínico.

En la muestra seleccionada resulta estadísticamente significativo que la adherencia aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de esta enfermedad. Se constata que el incumplimiento es mayor durante los primeros años de padecer esta dolencia crónica. En este sentido, si bien después de la fase de debut se aprecia una tendencia al cumplimiento de las prescripciones médicas, posterior a esta etapa y en los primeros años de su curso se evidencia una tendencia al incumplimiento, lo cual se asocia con el escaso conocimiento que sobre su patología han desarrollado sus afectados y a la escasa percepción de riesgo que poseen, toda vez que los síntomas en este período no generan grandes malestares y percibirse bien actúa como determinante de la no adherencia.

Las variables psicosociales estudiadas, por su influencia en la adherencia terapéutica, están representadas fundamentalmente por los factores y conductas de

riesgo asumidas por los pacientes, el régimen terapéutico, la relación médico-paciente, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el apoyo social y los estilos de afrontamiento que asumen ante la misma.

Entre los factores de riesgo que más se evidencian están las enfermedades cardiovasculares como la HTA y las Cardiopatías Isquémicas, referidas en el 80% de la muestra seleccionada. En segundo lugar, se encuentran los antecedentes patológicos familiares de diabetes, que constituyen el 77,8 %, al cual le sigue el sobrepeso corporal u obesidad en el momento del debut de la enfermedad en un 66,7%.

Además de estos factores de riesgo, se evidencian conductas de riesgo, las cuales están representadas por hábitos tóxicos como la adicción a la cafeína en el 95,5%; el alcoholismo, expresado en el consumo de alcohol por el 51,11% y el tabaquismo, el cual afecta al 44,4%; dentro de los que se encuentran fumadores y ex fumadores recientes.

El nivel de conocimiento que poseen los pacientes sobre la enfermedad también tiene un impacto relevante en la forma en la que estos afrontan la misma, y en consecuencia, constituye otros de los determinantes descritos teóricamente para el logro de niveles adecuados de adherencia terapéutica. Los resultados de este indicador evidencian la prevalencia de niveles medios de conocimiento para un 53,3% de la muestra.

Lo anterior pudiera parecer una contradicción teniendo en cuenta las dificultades en la adherencia terapéutica reflejada en estos pacientes. Sin embargo, es importante precisar que quienes declaran tener un conocimiento adecuado, son aquellos pacientes que mayores mitos asociados a la misma poseen, lo que dificulta el afrontamiento y en consecuencia la adherencia.

Muy pocos pacientes tienen claridad de cuáles son los factores de riesgo que poseen, así como las conductas de riesgo que asumen, toda vez que no las tienen identificadas como comprometedoras de su salud. En sentido general, no dominan a

cabalidad los aspectos asociados al pronóstico, las causas y consecuencias de ésta, así como los aspectos referidos a los hábitos perjudiciales, las restricciones para una correcta dieta, y los conflictos psicológicos derivados de la enfermedad.

En los pacientes incumplidores resulta característica la presencia de una inadecuada actitud ante la enfermedad, expresada en la no aceptación de su condición de enfermo crónico, que se ve potenciada por la presencia de estrés, preocupación, ansiedad y depresión; como síntomas característicos de su funcionamiento emocional.

Lo anterior es coherente con el empleo de estrategias de afrontamiento que no ayudan al manejo adecuado de la enfermedad, tales como: la negación optimista en el 61,3%, el afecto -distracción en el 56,8%, la somatización en el 36,2% y la reacción emocional, en el 31,6%. Emerge además como estrategia recurrente en un por ciento elevado de la muestra, la búsqueda de información relevante, en un 66,6 %. Se hace necesario precisar que aunque éste pudiera ser considerado un mecanismo efectivo, en la presente investigación no es valorado así en tanto la información recibida no proviene de fuentes científicas que contribuyan a la educación en la enfermedad; sino del referente popular que muchas veces está distorsionado.

En cuanto al régimen de tratamiento, un 62,2% de la muestra ingiere tabletas hipoglucemiantes acompañadas de la dieta y ajustes en el estilo de vida. El 6,6% se trata con administración directa de insulina unido a dosis pequeñas de tabletas hipoglucemiantes y dieta. Mientras que el 28,8% controla su enfermedad solo con indicación dietética.

A partir de lo expresado por los pacientes, familiares y personal médico, se aprecia que los tres componentes fundamentales del tratamiento de la diabetes (medicación, dieta, y ejercicio físico) son indistintamente violados por los pacientes estudiados durante su régimen de tratamiento, emergiendo como cumplidores solo 15% de la muestra.

Se evidencia un mayor incumplimiento en lo que respecta a la dieta, lo cual no expresa que sea este el aspecto del tratamiento que más influye en la no adherencia. En este sentido Zaldívar (2001) señala como algo que distingue a la adherencia terapéutica el hecho de que es un concepto dinámico multidimensional, no unitario; por lo que "el enfermo modifica sus comportamientos en el tiempo e incluso no se adhiere de igual modo a la toma de fármacos que a la dieta, al ejercicio físico o a la asistencia a consultas, algo muy común en la diabetes mellitus".

Respecto a la "dieta" como componente del tratamiento, se observó que los pacientes aunque tratan de respetar los horarios y el régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos del tratamiento, tampoco expresan llevar la vigilancia del peso corporal como un aspecto importante ni el consumo estricto de los alimentos recomendados.

Por otro lado, a pesar de que los sujetos demostraron conocer los tipos de alimentos cuya ingestión produce beneficios para su estado de salud, no demuestran conocer de qué ingredientes no se debe abusar en su consumo, por lo que pasan por alto las restricciones en cuanto al consumo de sal, grasas, y alcohol.

Respecto al ejercicio físico sobresalió "caminar diariamente" como la modalidad más referida por la muestra, aludiendo ser la forma más cómoda, accesible y práctica de ejercitación. Sin embargo, solo mencionan realizar esta práctica el 35,7% de la muestra.

En cuanto a las características del tratamiento que los pacientes perciben como factores que interfieren el cumplimiento, se refieren los efectos secundarios de la medicación, experimentados como síntomas molestos que causan temor e incomodidad, incluso depresión. Los pacientes consideran el rigor de la dieta como un factor que interfiere en el cumplimiento del tratamiento. Otro aspecto referido es el cansancio y la monotonía que genera el tiempo de convivencia con la enfermedad.

Sobre los obstáculos para acatar los esquemas o regímenes terapéuticos que más sobresalieron están: tener dudas o no comprender las instrucciones impartidas por el

médico, la preocupación acerca de las reacciones adversas de la medicación y dificultades para conseguir los medicamentos (tabletas hipoglucemiantes) y las jeringuillas y agujas para la administración de la insulina.

Lo anterior guarda estrecha relación con otro de los determinantes que juega un papel preponderante en la manera en la que el diabético se adhiere al tratamiento: la relación médico-paciente. La calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta de cumplimiento. Desde la percepción de los pacientes investigados, este indicador se encuentra afectado, ya que el 84,4% refirió dificultades para recibir atención y seguimiento por parte de endocrinos más allá de la etapa de ingreso al Centro de Atención y Educación al paciente diabético. En este sentido, consideran que se les hace muy difícil acceder a especialistas de esta área en momentos en los que no tengan preestablecidas las consultas de seguimiento, lo cual dificulta la conducción adecuada de la enfermedad. A lo anterior se suma que no poderse atender siempre con el mismo médico, genera la incomodidad de repetir la historia de la enfermedad cada vez que requieren atención. También sobresale que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, falta explicación e información detallada de la conducta a seguir y del tratamiento.

Como aspecto positivo para el afrontamiento a la enfermedad en el grupo de estudio se destaca el apoyo social, el cual es percibido de forma adecuada por el 84,4% de los pacientes. Este tipo de apoyo asume una función de ayuda y enfrentamiento activo en el restablecimiento u optimización de la salud, una vez que el individuo enfermó. Se deriva de las relaciones interpersonales familiares y se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente. De ahí que el mayor peso recaiga sobre la familia, ya que el paciente diabético exige un apoyo importante del núcleo familiar que lo auxilia en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

En cuanto a los niveles de adherencia logrados, se evidenció que solo el 28,4% de los pacientes manifiestan niveles altos de adherencia al tratamiento, mientras que la gran mayoría niega la gravedad de la enfermedad e ignoran la necesidad de efectuar restricciones dietéticas y de tomar los medicamentos necesarios, no cumpliendo de

esta forma con los cambios o ajustes pertinentes en su estilo de vida. Lo anterior nos conduce a la existencia de bajos niveles de adherencia terapéutica que traen consigo el descontrol metabólico y demás complicaciones asociadas a este padecimiento.

Los factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento, según lo expresado por los sujetos, se resumen en cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, características de personalidad, características del tratamiento, la disponibilidad de recursos económicos y la falta de conocimiento sobre la enfermedad.

La mayoría de los factores reiterados tienen un carácter subjetivo constituyendo configuraciones psicológicas que modulan el comportamiento del individuo hacia una conducta salutogénica en relación con su enfermedad, tales como la disciplina, el interés y la organización. Estas ideas apuntan hacia una cuestión de gran importancia en la adherencia terapéutica: la implicación personal y la participación activa, consciente y voluntaria del paciente en el cumplimiento a partir de un conjunto de predisposiciones personales como son, ser disciplinado, poseer fuerza de voluntad así como la capacidad de autocontrol personal.

Los resultados obtenidos hacen patente la necesidad de implementar acciones multidisciplinarias orientadas a la superación de aquellos obstáculos que interfieren en la adherencia terapéutica. En lo que respecta a la Psicología como ciencia y profesión, se evidenció que aún queda mucho trabajo por desarrollar, en tanto es el sujeto quien en última instancia asume una u otra actitud ante la enfermedad. En correspondencia con ello, se requieren desarrollar programas, estrategias y acciones psicoeducativas orientadas a lograr la educación del paciente diabético como elemento esencial para lograr su adherencia terapéutica. Desde esta perspectiva estas acciones deberán convertirse en herramientas que permitan desarrollar la promoción de cambios psicológicos del individuo dirigidos a la potenciación de sus recursos para autorregular su comportamiento (Vigotsky, 1979, 1987).

Conclusiones:

- Se pudo constatar que el 42,2% lo representan aquellos pacientes que se encuentran en el periodo de debut de la enfermedad y el 46,6% transita por un periodo de descontrol metabólico de la misma; identificándose que solo el 12,2 % se encuentra en el grupo de pacientes controlados metabólicamente.

- Se evidencia que la adherencia aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de esta enfermedad. Se constata que el incumplimiento es mayor durante los primeros años de padecer esta dolencia crónica, y que se incrementa en los pacientes que comienza a vivenciar complicaciones asociadas a la enfermedad, toda vez que llevan mayor tiempo conviviendo con la misma.

- Se identificó la prevalencia de niveles medios de conocimiento de la enfermedad en los sujetos estudiados, el cual está permeado de mitos y creencias, influyendo negativamente en los estilos de afrontamiento que emplean ante dicho padecimiento. Muy pocos pacientes tienen claridad de cuáles son los factores de riesgo que poseen, así como de las conductas de riesgo que asumen, en tanto no las tienen identificadas como comprometedoras de su salud.

- Los comportamientos de riesgo que predominan están representados por hábitos tóxicos como la adicción a la cafeína, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Por otra parte, se destaca el incumplimiento de la dieta ya sea por el esfuerzo volitivo que implica mantenerla o por las dificultades económicas que presentan para llevarla a cabo, seguido del sedentarismo, debido a que no incorporan los ejercicios físicos como parte del tratamiento.

- Se constató el empleo de estrategias de afrontamiento que no favorecen la adherencia terapéutica, destacándose dentro de ellas: la búsqueda de información relevante en fuentes no especializadas que muchas veces potencian creencias erróneas sobre la enferemdad, la negación optimista que se asocia con una baja percepción de riesgo y en menor medida el afecto – distracción.

- Se evidenciaron dificultades en la relación médico – paciente debido al difícil acceso a la atención y seguimiento por parte de los especialistas más allá de la etapa de ingreso al Centro de atención al diabético. También sobresale que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, falta explicación e información detallada de la conducta a seguir y del tratamiento.

- En cuanto a las características del tratamiento que en opinión de los pacientes interfieren el cumplimiento, se señalan los efectos secundarios de la medicación, el rigor de la dieta así como; el cansancio y la monotonía que genera el tiempo de convivencia con la enfermedad.

- Entre los obstáculos para acatar los esquemas o regímenes terapéuticos que más sobresalieron están: no comprender las instrucciones impartidas por el médico, la preocupación acerca de las reacciones adversas de la medicación y dificultades para conseguir los medicamentos (tabletas hipoglucemiantes) y las jeringuillas y agujas para la administración de la insulina.

- En sentido general se evidenciaron bajos niveles de adherencia terapéutica, pues la mayoría de los pacientes tiene una baja percepción de riesgo de la enfermedad e ignoran la necesidad de efectuar restricciones dietéticas y de tomar los medicamentos necesarios, no cumpliendo de esta forma con los cambios o ajustes pertinentes en sus estilos de vida.

- Del análisis individualizado de los pacientes se aprecian relación entre las variables psicológicas exploradas, el grado de grado de control de la enfermedad y la adherencia terapéutica.

Recomendaciones

- Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda continuar la línea de investigación enfatizando en la necesidad de profundizar en los determinantes de la adherencia terapéutica.

- Considerando el impacto negativo que produce la no adherencia terapéutica en la adecuada evolución de la Diabetes Mellitus, se recomienda realizar una investigación utilizando un procedimiento similar, con una muestra ampliada de sujetos, preferiblemente que sea representativa del universo de pacientes diagnosticados en la provincia Villa Clara, territorio donde la mortalidad por este padecimiento muestra un incremento ostensible en los últimos años.

- Incorporar la temática de la adherencia terapéutica dentro de los programas de educación al paciente diabético, focalizando la intervención fundamentalmente en el debut, etapa en la que este tipo de paciente configura las bases fundamentales en relación a la representación de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Acosta, O. M., y González, R. G. (1989). Lo que todo diabético debe saber: La Habana: Ciencias Médicas.

Alberti, K. G. (1989). Diabetic emergencies. British Medical Bulletin, 45(1), 242-263.

Aldana, D. (1990). Clasificación actual de la Diabetes Mellitus 1985. Revista Cubana de Endocrinología, 1(1) enero-abril, 71-83.

Alleyne, G. (1996). La diabetes: una declaración para las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 121, 461-470.

Álvarez, M. A. (1989). Estrés. Un enfoque Neuroendocrino. La Habana: Científico-Técnica.

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" 6 de marzo de 2012 "de" http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF

Baena, JM., Oller, M., Martín, R., Nicolau, M., Altes, A., Iglesias, C. (1999). Impacto de los nuevos criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Diabetes (ADA-97) sobre la prevalencia diagnóstica de diabetes mellitus tipo 2. *Publicado en Atención Primaria,* 24 (2): 97-100.

Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care, 1, 97-106.

Brannon, L. F., J. (2001). Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. Anales de Psicología, 10(2), 189-198.

Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. Revista de Psicología de la Salud, 7(1) 63-82.

Beyazit, E., Mollaoglu, M. (2011). Investigation of Effect on Glycosylated Hemoglobin, Blood Pressure, and Body Mass Index of Diabetes Intensive Education Program in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *American Journal of Men's Health,* 5(4): 351-357.

Bogner, H., de Vries, H., (2010). Integrating Type 2 Diabetes Mellitus and epression Treatment Among African Americans: A Randomized Controlled Pilot Trial. *The Diabetes Educator,* 36 (2): 284.

Bosch, X., Alfonso, F., Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología,* 55(5):525-7

Calviño, M. (2001). Análisis dinámico del comportamiento. La Habana: Editorial Félix Varela.

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.

Castro, G.; Rodríguez, I. y Ramos, R. (2005) Intervención psicológica en pacientes con diabetes mellitus. Duazary. 2 (2) 147-150. “Recuperado el” 6 de marzo de 2012 “de” http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method

Chavey, M. D., M. (2007). Psicodiabetes. Avances en Psicología Latinoamericana, 25 (1). “Recuperado el” 6 de marzo de 2012 “de” http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N1/10_Psicodiabetes

Centro de Apoyo de APA (2007). Salud y bienestar emocional. “Enfermedades Crónicas.” “Recuperado el” 6 de marzo de 2012 “de” http://www.apa.org/centrodeapoyo/contact.aspx

Collins, T., Lunos, S., Ahluwalia, J. (2010). Self-efficacy is associated with walking ability in persons with diabetes mellitus and peripheral arterial disease. *Vascular Medicine,* 15(3) 189–195.

Conget, I. (2002). Diabetes y enfermedades cardiovasculares (I).Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes Mellitus*. Revista Española de Cardiología,* 55(5):528-35. “Recuperado el” 7 de marzo de 2012 “de” http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n05a13031154pdf001.pdf

De Acosta, O. (1971). Diabetes Mellitus. La Habana: Ciencia-Técnica.

Díaz, O. (1999). Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. *Revista Cubana de Endocrinología,* 10.

DiMatteo, M. R., y Dinicola, D. D. (1982). Archieving patient compliance: the psychology of the medical practioner's role. New York: Pergamon Press.

Domínguez, E., Seuc, A. (2005). Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología,* 43(2) “Recuperado el” 7 de marzo de 2012 “de” http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032005000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Echemendía, M. (2011). *Necesidades Psicoeducativas en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.* Tesis de Maestría, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

Escobar, I., Knobel, H., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, T., Casado, J., Codina, C., Fernández, J., Galindo, M., Ibarra, O., Llinas, M., Miralles, C., Riera, M., Fumaz, C., Segador, A., Segura, F., Chamorro, L. (2008). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el

año 2004. *Farmacia Hospitalaria (Madrid),* 28(1): 6-18 “Recuperado el” 20 de febrero de 2012 “de” http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=456991&TO=RVN&Eng=0

Farmer, K. C. (1999). Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics,* 21(6) 1074-1090.

Fernández-Miró, M. G., A. (2008). Epidemiología de la diabetes mellitus en diferentes etnias. “Recuperado el” 6 de marzo de 2012 “de” http://www.dmtipo2.com/pages/diabetes_y_ramadan_01.php

Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. *Journal of Health Psychology,* 7(1): 104-112.

Froján, M. X., y Rubio, R. (2004). Análisis discriminante de la Adhesión al Tratamiento en la diabetes mellitus insulinodependiente. *Psicothema,* 16 (4): 548-554.

García, R., Suárez, R. (2003). Resultados de un seguimiento educativo a personas con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso u obesidad. *Revista Cubana de Endocrinología,* 14(3).

García, R., Suárez, R. (2001). Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulinodependientes (PEDNID-LA). *Revista Cubana de Endocrinología,* 12 (2) “Recuperado el” 7 de marzo de 2012 “de” http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532001000200004&script=sci_arttext&tlng=en.

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 17(5) “Recuperado el” 2 de abril de 2012 “de” http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-12520010005000016&script=sci_ arttext

Glasgow, R. E., McCaul, K. D., & Schafer, L. C. (1986). Barriers to régimen adherence among persons with insulindependent diabetes J*ournal of Behavioural Medicine,* 9, 65-77.

Goday, A. (2002). Diabetes y enfermedades cardiovasculares (II) Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Revista Española de Cardiología,* 55(6):657-70.

González, F. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.

Grau, J. A., y Martín, L. (enero-junio 2004). La investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud,* 14(001), 89-99.

Hernández, Q. A., Granja, L. L., y Govea, R. J. (Mayo-Junio 1996). Incidencia de la diabetes mellitus en un municipio de Cuidad de la Habana. *Revista Cubana de Medicina General integral,* 12(3)

Herrera, O. (2007). *Usted puede controlar su diabetes.* La Habana: Científico-Técnica.

Jacobson, A. M., Groot, M., y Samson, J. (1994). Quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Diabetes Care,* 17, 167-274.

Karoly, P., y Bay, R. C. (1990). Diabetes self-care goals and their relation tochildren's metabolic control. *Journal Pediatric Psychiatry,* 15, 83-95.

Labrador, F. J., y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 157-164.

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.

Licea, M., Fernández, H., Cabrera, E., Maciques, E. (2003). Frecuencia y características clínicas de la retinopatía diabética en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. *Revista Cubana de Endocrinología,* 14(2) "Recuperado el" 7 de marzo de 2012 "de" http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es

Mahía, M., Pérez, L. (2000) La diabetes Mellitus y sus complicaciones vasculares: Un problema social de salud. *Revista Cubana de Angiología* 1(1):68-73.

Marco, A., Knobel, H., Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes (Barcelona),* 2(1): 45-53 "Recuperado el" 20 de febrero de 2012 "de" http://www.nexusediciones.com/pdf/ee2000_1/s-2-1-005.pdf

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública,* 30(4) "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662004 0004 00008

Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública,* 32(3) "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662006000 300013

Martín, M., y Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la Salud (Bogotá),* 3, 66- 69.

Martínez, F. C. (1989). *Diabetes Mellitus y Ejercicio Físico*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Matarama, M. (2005). *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas.

Méndez, F. X., y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología,* 10(2), 189-198.

Mendoza, R., Gil, I., Saínz, L., Soler, E., Mendoza, H., Hernández, J. (2009). Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar,* 11(3).

Mira, JJ. Aranaz J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica,* 114(3): 26-33 "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://calite-revista.umh.es/indep/ web/satisf_paciente.pdf

Molerio, O. (2004). *Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial*. Tesis de Doctorado, Santa Clara Universidad Central de Las Villas.

Monerero, S., Pavón, I., Vega, B., Elviro, R., Durán, M. (1999) Complicaciones de la diabetes mellitus: impacto sobre los costes hospitalarios. *Endocrinología (Madrid)*, 46(2): 46-45 "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://www.elsevier.es/es/revistas/endocrinologia-nutricion-12/complicaciones - diabetes-mellitus-impacto-los-costes-hospitalarios-8569-originales-1999

Morales, J., Suárez, A., Céspedes, L., Reboredo, W. (2006). Diabetes mellitus. Diagnóstico positivo. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 22(1) "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" httpwww.bvs.sld.curevistasangvol1_1_00ang15100.htm#

Morisky, D. E., Green, L. W., y Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care,* 24, 67-74

Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile,* 135 (5) "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-872007000500014&script=sci_arttext

Pérez Martínez, V. (2004). Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. *Revista Cubana Medicina General Integral,* 20(4).

Pinelli, N., Jaber, L. (2010). Practices of Arab American Patients With Type 2 Diabetes Mellitus During Ramadan. *Journal of Pharmacy Practice,* 24(2): 211-215.

Quintana, C., & Fernández-Britto, J. E. (Abril-Junio 2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas,* 28(2) 12-17.

Quirantes, A., López, L., Curbelo, V., Montano, J., Machado, P., Quirantes, A. (2000). La calidad de la vida del paciente diabético. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 16(1) "Recuperado el" 7 de marzo de 2012 "de" http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000 100009

Robles, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J. J., Páez Agraz, F., & Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema,* 15(2), 247-252.

Roca, M., Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana.* La Habana: Félix Varela.

Rodríguez, A. (2010). *Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. .* Tesis de Diploma, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública,* 32(4) "Recuperado el" 20 de febrero de 2012 "de" http://www.slideshare.net/cirugia/relacion-medico-paciente

Rodríguez, M. (2008). Relación médico-paciente. La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez, Y. (2009). *Propuesta del diseño de una Multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitario.* Tesis de Diploma, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

Sabrina, N. (2008). Caracterización del funcionamiento emocional en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Tesis de Diploma, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Médica del Uruguay*, 9(2) "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2

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" 6 de marzo de 2012 "de" http://care.diabetesjournals.org/gca?submit=Get+All+Checked+Abstracts&gca

Skovlund, S. E. (2004). Actitudes, Deseos y Necesidades de la Diabetes. *Revista Diabetes Voice,* volumen 49(número especial), 4-11.

Sierra, I., Mendivil, C. (2000). *Hacia el manejo práctico de la Diabetes Mellitus tipo 2.* Colombia: Novo Nordisk.

Soule, P., Capoccia, K. (2007). Medication Taking and Diabetes: A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator,* 33 (6):1014.

Suárez, R., García, R., Aldana, D., Díaz, O., & cols (2000). Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Revista Cubana de Endocrinolología, 11(1), 31-40.

Torres, O. (2009). Usted puede controlar su diabetes. (2da ed.). La Habana: Científico- Técnica.

Trujillo, F., González, R., Munguía, C. (2002). Competencia clínica en diabetes Mellitus. *Revista Médica de México*, 40 (6): 467-472.

Unwin, N. R., G.; Whiting, D. (2010). Diabetes tipo 2, su prevención y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Internetional Diabetes Federation, 55, "Recuperado el" 6 de marzo de 2012 "de" http://care.diabetesjournals.org/gca?submit=Get+All+Checked+Abstracts&gca

Valdés, N., González, E., González, R., Crespo, N., Hernández, J. (2003). Caracterización de la diabetes mellitus. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 19(4) "Recuperado el" 7 de marzo de 2012 "de" http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-12520030004000004 &script=sci_arttext

Varela, M., Salazar, I., Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología,* 11 (2): 101-113 "Recuperado el" 20 de febrero de 2012 "de" http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_1320_v11n2-art9.pdf

Vargas, J., Ibáñez, E., Jiménez, D. (2003). Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala,* 6(2) "Recuperado el" 7 de marzo de 2012 "de" http://www.ojs.unam.mx/index.php/repi/article/download/21695/20431

Vázquez, J., Gaztambide, S., Soto-Pedre, E. (2000). Estudio prospectivo a 10 años sobre la incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 *Medicina Clínica (Barcelona),* 115 (14): 534-9 "Recuperado el" 2 de abril de 2012 "de" http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n07a13034191pdf001.pdf

Vega, O., González, D. (2009). Apoyo Social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería,* 16 "Recuperado el" 7 de marzo de 2012 "de" http://www.um.es/eglobal/

Zamora, A., Marrugat, J.(2002). Diabetes y enfermedades cardiovasculares (III) Pronóstico de los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología,* 55(7):751-62.

Zimmet, P., George, K., Alberti, M., Serrano, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Revista Española de Cardiología* (12):1371-6.

Anexos

Anexo 1

Modelo de consentimiento Informado

Estimado paciente:

Mediante este documento pedimos su colaboración voluntaria para participar en un estudio que auspicia la Facultad de Psicología de la Universidad central “Marta Abreu” de Las Villas, con el objetivo de perfeccionar el sistema de atención multidisciplinaria a los 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 afectará 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 esta investigación y he tenido la oportunidad de preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y al de otros pacientes.

Firma del paciente _____

Firma de la Investigadora_____

Fecha: _____

Anexo 2

Revisión de la Historia Clínica

Objetivos:

- Explorar el estado clínico actual del paciente.
- Indagar en datos de interés para la compresión 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.
- Adherencia terapéutica.

Anexo 3

Entrevista a especialistas de salud

Tipo de entrevista:

- Semi- estructurada.

Objetivos:

- Describir la situación clínica de cada paciente.
- Explorar las variables que se relacionan con la adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 desde la perspectiva del especialista.

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Indicadores clínicos de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Estado clínico actual de los pacientes objeto de estudio.
- Enfermedades concomitantes.
- Nivel de Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Grado de adherencia terapéutica.
- Valoración sobre la influencia de los determinantes clínicos y psicosociales de la adherencia terapéutica en los pacientes objeto de estudio.
- Impacto psicológico de la enfermedad.

Anexo 4

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.
- Explorar el grado de Adherencia Terapéutica del paciente
- Profundizar en las variables clínicas y psicosociales que se configuran como determinantes de la Adherencia en los pacientes objeto de estudio.

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.

- Relación medico-paciente.
- Apoyo social.
- Grado de Adherencia terapéutica.

Anexo 5

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 Bénedict 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 6

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

Tipo de entrevista:

- Semi- estructurada.

Objetivo:

- Identificar los indicadores clínicos de la enfermedad en los pacientes.

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Historia de la enfermedad actual.
- APF
- APP
- Regimen de tratamiento
- 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
- Adherencia terapéutica
- Factores que intervienen en el no cumplimiento

Anexo 7

Cuestionario de 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 8

Entrevista al familiar

Tipo de entrevista:

- Semi- estructurada.

Objetivos:

- Profundizar en las vivencias del paciente asociadas a la enfermedad
- Determinar los factores psicosociales y clínicos que se relacionan la adherencia terapéutica 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.
- Principales necesidades para el manejo de la enfermedad.
- Grado de Adherencia terapéutica.

- Elementos que interfieren en el cumplimiento de las prescripciones médicas.
- Aristas del tratamiento que se incumplen con mayor frecuencia.

Anexo 9

Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad.

Nombre: _____

A continuación presentamos algunas de las conductas más utilizadas por las personal 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 aíslo de los demás.
8. Inhibo mis decisiones y me paralizo.
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.
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 10

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 mencionó?

_____

_____

• ¿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?

_____

_____

_____