

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESINA DE LICENCIATURA

“DIABETES MELLITUS TIPO II, Autocuidados y Calidad de Vida”

ALUMNA: Leiva, Marina L.

DIRECTORA: Lic. Elodia E. Granados

Mendoza, Octubre de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Elodia Granados

Nota:

Agradecimientos

- A mis padres, por haber confiado en mí, por apoyarme en todo momento y por darme todo su amor.
- A mis abuelas, por su preocupación y su compañía en este camino.
- A mi abuelo Tito por haberme transmitido toda su experiencia y su sabiduría.
- A Gustavo por su paciencia, por incentivarme a crecer y por su cariño.
- A Emma y Pau por su eterna amistad.
- A Caro y Roci por haberme acompañado en todo momento en mi paso por la universidad.
- A mis hermanos, compañeros de ruta en esta vida.
- A Juan Pablo y Ana por tratar de amigarme con la tecnología.
- A Eli, por su dedicación y por haberme acercado cada vez más al camino de la ciencia.
- A Mariana por brindarme todo su apoyo y parte de su tiempo.
- A todas las personas que amablemente participaron de este trabajo.
- A Dios por haber guiado mis pasos desde siempre.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivos investigar las variables que propician los autocuidados en las dimensiones de dieta y ejercicio físico en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 que poseen valores de control metabólico que se encuentran dentro de los niveles normales, conocer los significados que éstos les atribuyen a dichas dimensiones y favorecer la adquisición de nociones relacionadas con la promoción y prevención de la salud en dichos sujetos. Se realizó una investigación de tipo cuali – cuantitativa en un inicio enmarcada dentro de los estudios narrativos y en un segundo momento dentro de procedimientos cuantitativos para el análisis de los datos. Se trabajó con 14 sujetos con diabetes mellitus tipo 2, con más de 5 años de evolución de la enfermedad y buen control metabólico. Las técnicas utilizadas fueron: Entrevista en Profundidad y Redes Semánticas Naturales. Resultados: Los sujetos que manifestaron conductas de mayor salud tanto en la dimensión de dieta como de ejercicio físico experimentaron emociones positivas, motivación extrínseca y pautas delimitadas de organización. Las palabras estímulo “dieta” y “ejercicio físico” fueron representadas por la definidora “salud” y también fueron asociadas con los cuidados y actividades necesarios para lograr una mejor calidad de vida, unidos a los beneficios que ambas dimensiones aportan si se efectúan de manera continua.

Abstract

The present study had the following objectives: to describe the psychological meaning of the words “cancer” and “health”; and the use of coping strategies and health locus of control construct in a group of women who has been diagnosed with breast cancer. A descriptive investigation was realized, with a non probabilistic sample of six women with breast cancer. The instruments applied were: Inventario de Respuestas de Afrontamiento or Coping Responses Inventory (Moos, 1993; adaptación Ahumada y Santiago, 2009), Multidimensional Health Locus of control scale Form C (Wallston, Stein y Smith, 1994) and Redes Semánticas Naturales (Valdez Medina, 2004). Results: behavioral coping strategies were prevalent over cognitive ones; no differences were found between avoiding and approaching coping strategies; dimensions such as “Internal”, “Health Professionals” and “Powerfull Others” had a high porcentaje of agreement, while “Chance” had a high rate of disagreements; the meaning of the word “cancer” was related with different aspects of the illness, amongst other things, and the word “health” with activities and emotions associated to it.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
PARTE 1: MARCO TEÓRICO	
CAPITULO I: PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y ENFERMEDAD CRÓNICA	
1. Psicología de la Salud.....	11
1.1. Conceptualización de salud y enfermedad.....	11
1.1.1 Modelo biomédico.....	15
1.1.2 Modelo biopsicosocial.....	15
1.2. Aportes de la Psicología de la Salud.....	17
1.2.1 Psiconeuroinmunología.....	18
1.3. La enfermedad.....	21
1.3.1 El significado de la enfermedad.....	21
1.3.2 Calidad de vida y enfermedad crónica.....	22
1.3.3 La enfermedad crónica y el entorno.....	25
2. Promoción y prevención de la salud.....	27
CAPITULO II: LA PSICOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2	
1. Diabetes Mellitus.....	30
1.1. La diabetes mellitus es.....	30
1.2. Orígenes de la diabetes mellitus.....	32
1.2.1 Antecedentes en la Argentina.....	33
1.3. Epidemiología de la diabetes.....	34
1.3.1. En nuestro país.....	35
1.4. Diagnóstico.....	35
1.5. Signos y síntomas de la diabetes.....	36
1.6. Clasificación de la diabetes.....	37
1.6.1 Diabetes tipo 1.....	37
1.6.2 Diabetes tipo 2.....	38
1.6.3 Diabetes gestacional.....	39
1.6.4 Otros tipo de diabetes.....	40
1.7. Complicaciones de la diabetes.....	40
1.7.1 Complicaciones agudas.....	40
1.7.2 Complicaciones crónicas.....	41
2. Dimensiones del tratamiento de la diabetes.....	42
2.1. Controles médicos.....	42
2.2. Automonitoreo.....	43
2.3. Medicación.....	44
2.4. Educación diabetológica.....	44
2.5. Plan de alimentación.....	46
2.6. Actividad física.....	47
3. Prevención de la diabetes mellitus tipo 2.....	48
4. Características psicológicas del sujeto diabético.....	49
4.1. En la familia.....	53

5. Psicología y autocuidados.....	53
5.1. El rol del psicólogo en el autocuidado.....	58
5.2. De la práctica, la ley y la ética.....	61

PARTE 2: MARCO METODOLÓGICO

1. Marco metodológico de la investigación.....	65
1.1 Objetivos del trabajo.....	65
1.2 Diseño de la investigación.....	65
1.3 Características de los sujetos participantes.....	66
1.4 Instrumentos.....	67
1.5 Procedimiento.....	68
1.5.1 Recolección y análisis de los datos.....	68
1.5.1.1 Entrevista en profundidad.....	68
1.5.1.2 Redes semánticas naturales.....	71
1.6 Presentación, análisis y discusión de resultados.....	72
1.6.1 Entrevista en profundidad.....	72
1.6.1.1 Discusión de resultados.....	83
1.6.2 Redes semánticas naturales.....	85
1.6.2.1 Discusión de resultados.....	91
1.7 Triangulación de datos.....	93

CONCLUSIONES.....	95
--------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
--	-----------

ANEXO.....	103
-------------------	------------

INTRODUCCIÓN

El abordaje de esta temática surge de mi colaboración en un trabajo de investigación llevado a cabo en el Instituto de Investigaciones de la Universidad del Aconcagua. Dicho estudio se tituló “Estilos de Personalidad y Adherencia al tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus”. Además se extrajo información de la experiencia en talleres para diabéticos y obesos mórbidos con diabetes que se realizan en el Hospital Lagomaggiore semanalmente.

En los últimos 20 años las estadísticas han arrojado porcentajes cada vez más elevados en cuanto a la cantidad de sujetos diabéticos. E incluso se espera que en los próximos 15 años, el 70% de la población mundial padezca de algún tipo de disfunción glusémica. Es por ello que es necesario que los profesionales de la salud se interioricen en estos temas y trabajen de manera transdisciplinaria para el logro de objetivos que tengan en cuenta la adquisición de hábitos saludables no sólo en los sujetos que ya padecen de diabetes sino en la población total marcada por el estrés, el sedentarismo, la mala alimentación entre otras cosas.

A la vez es curioso que pese a estos datos alarmantes, no existan demasiadas investigaciones ni escritos psicológicos que destaquen los aspectos saludables en cuanto a la adaptación de los sujetos al tratamiento de la diabetes. Es por ello que considero que este trabajo puede contribuir a la investigación en Psicología de la Salud en cuanto a esta temática y a la integración de esta con prácticas cotidianas que tiendan a mejorar la calidad de vida y lograr la promoción de la salud de dichos pacientes.

A raíz de esto y en concordancia con otras investigaciones referidas al tema, es que se observó que, en sujetos con diabetes mellitus tipo 2, las dimensiones del tratamiento que más dificultades presentan a la hora de su cumplimiento son la dieta y el ejercicio físico. Por ello, los objetivos del presente

trabajo consisten en: investigar las variables que propician los autocuidados en estas dos dimensiones en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 que poseen valores de control metabólico que se encuentren dentro de los niveles normales; conocer los significados atribuidos a la dieta y el ejercicio físico en los mencionados sujetos y favorecer la adquisición de nociones relacionadas a la promoción y prevención de la salud en estas personas.

El punto de partida para este trabajo es la Salud, no como lo opuesto a la enfermedad sino entendida como la integración biopsicosocial que el ser humano hoy en día demanda.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

**PSICOLOGÍA DE LA
SALUD Y ENFERMEDAD
CRÓNICA**

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Conceptualización de salud y enfermedad

“La salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre”. Videla, M. (1998, 17)

En los últimos tiempos ha aumentado considerablemente la cantidad de sujetos con enfermedades crónicas entre las cuales se encuentra la diabetes; y también ha cobrado importancia la prevención y promoción de la salud. Por otro lado, se han modificado las nociones tanto de salud como de enfermedad ya que el modelo actual señala la complejidad de estos conceptos entendiendo al individuo afectado por factores psicológicos, físicos, socioculturales, familiares, laborales, etc.

Continuamente nos vemos afectados por alteraciones en nuestro medio interno así como en la esfera de nuestras relaciones interpersonales. Es por ello que sería conveniente entender que “la salud es un estado y al mismo tiempo un proceso dinámico cambiante”. Oblitas (2004, 4).

Etimológicamente el término **salud** proviene del latín *salus* que se refiere al normal funcionamiento psicobiológico de la persona pero al definir el constructo de salud, muchos autores han coincidido en que no se trata de la ausencia de enfermedad sino de un funcionamiento adaptativo, un concepto positivo que incluye la transformación del sujeto-paciente en sujeto de salud mediante el desarrollo de las potencialidades y las conductas saludables y el refuerzo de los aspectos emocionales que condicen con el bienestar de las personas.

La Organización Mundial de la Salud ya en 1946 había establecido el concepto de salud como el estado de bienestar físico, mental y social *completo* y no sólo la ausencia de enfermedad. Es así que numerosas investigaciones indican que la salud implica la mejora del funcionamiento biológico, como por ejemplo un

rendimiento cardíaco normal, un alto nivel de volumen respiratorio, la posibilidad de resistir al estrés, las infecciones y el daño físico, etc. Stone (1990)¹ propuso que la manifestación psicológica de la salud es el sentimiento subjetivo de bienestar y la manifestación social incluye la capacidad de tener altos niveles de productividad y una baja demanda de servicios sanitarios.

Colomer, C. (2003), delimita dos grandes grupos de definiciones de salud:

El *grupo asintótico o de principio – fin*: En él se incluirían las definiciones en las que la salud llega a ser una asíntota, es decir, un horizonte al que es posible aproximarse pero que nunca puede alcanzarse. (...) Y el *grupo elástico*. Según este tipo de definiciones, la salud es presentada como la capacidad para resistir la amenaza de enfermedad, y se describe una interacción positiva entre la persona, la comunidad y el ambiente. En este grupo se incluirían la mayoría de las definiciones holísticas y ecológicas de la salud.² (p. 6-7)

La autora plantea que la salud y la enfermedad forman parte de un continuo en el cual un extremo es la salud y el otro la muerte. Y además, en el centro, existiría una zona neutra, no bien definida en que resultaría difícil distinguir lo normal de lo patológico. Por ello es que numerosos profesionales acuerdan en que la separación entre la salud y la enfermedad no es absoluta y que existe una relación dinámica entre ambas.

Si bien no existen acuerdos terminados sobre la definición adecuada de salud, Ballester (1997) indica que sí es posible identificar si una conducta se acerca o se aleja de ella o si es saludable o no. Por ello es que propone a la salud como:

- *Comportamiento*: En la actualidad la mejora de la salud no se centra tanto en la lucha contra la naturaleza de la enfermedad como en la modificación de estilos de vida patógenos. El ser humano tiene que enfrentarse a sus hábitos personales ya que él mismo y su contexto social han resultado ser el primer enemigo.
- *Experiencia subjetiva*: En muchos casos no existe correspondencia entre el estado objetivo de salud y la percepción que el individuo tiene de ésta. Muchos autores han adoptado el término de “conducta de enfermedad” como el modo en que cada persona percibe, evalúa e interpreta sus síntomas e implementa recursos para mejorar.
- *Fenómeno social*: Cualquier comportamiento o cualidad del ser humano, en tanto este se define como ser social, constituye también un hecho social. En esto, el autor hace incapié en el proceso por el cual una persona es etiquetada como sana o enferma. Las expectativas en torno al rol del enfermo cambian conforme cambia la sociedad. Hoy en día la idea

¹ Stone (1990 citado en Brannon 2001, 21)

² Colomer, C. (2006, 6 - 7).

del paciente pasivo deja paso al trato del paciente como un usuario de los servicios sanitarios, un sujeto activo que participa con sus percepciones y su visión acerca de lo que vivencia.

– *Adaptación global del individuo a su propia vida y al ambiente:* Cuando el organismo en su globalidad se encuentra interactuando con el ambiente y es capaz de mantener dicha interacción sin un exceso de excitación, puede crecer, desarrollarse y actuar, existe en este caso cierto nivel de salud. Por lo tanto, ésta última implica un proceso dinámico, que tiene lugar en un ambiente y en un organismo cambiante.

Por todo esto es que la OMS, si bien no ha modificado su definición de salud, ha excluido la palabra *completo* de su anterior enunciación. En la actualidad sus objetivos se centran en que todos los habitantes del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar en la vida social de la comunidad donde viven.

Como es indispensable reflexionar sobre la salud, lo es también en el caso de la enfermedad. Es necesario considerar que la **enfermedad** es un acontecimiento común en nuestras vidas con el que debemos familiarizarnos desde niños para enfrentarla adecuadamente.

Por otro lado, otra concepción que comienza a cambiar es la de que no existen enfermedades sino enfermos, es decir, que no todos enfermamos de la misma forma ante el mismo patógeno sino que cada uno lo hace de manera particular o no lo hace.

Muchas veces usamos en exceso la palabra *enfermo* más aún en el contexto de una consulta o de un hospital. En muchos casos, sobre todo en el de las enfermedades crónicas, se trata de una etiqueta que poco favorece el desenvolvimiento normal del sujeto. La realidad que experimentamos nos recuerda que la salud hace referencia al estado de bienestar físico, psíquico y social. Si una persona con una enfermedad crónica controlada como por ejemplo la diabetes disfruta de tal bienestar, no es adecuado ni justo llamarla enferma. Por ello es que se han utilizado otras alternativas terminológicas como *cliente* o *consultante* que eviten al sujeto *enfermo* o *paciente* que si bien, etimológicamente significa “padecer” nos remite a la idea de pasivo, de quien espera.

- **Modelo Biomédico**

Durante el siglo XX, el modelo biomédico le permitió a la medicina controlar la enfermedad, entendiendo que ésta estaba causada únicamente por un agente patógeno específico. De esta forma se propició el desarrollo de fármacos y de tecnología médica y se acentuó la creencia de que todo padecimiento resulta rastreable hasta hallar un agente causante específico. Esto explica que esta concepción coloca el énfasis en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud.

Una de las características más sobresalientes de esta propuesta se centra en el dualismo mente-cuerpo, que separa de forma tajante al cuerpo como entidad física de la mente como parte del dominio mental y espiritual. Y la otra se basa en el reduccionismo, es decir, que el complejo fenómeno de la enfermedad puede ser reducido a los términos de la química y la física dejando de lado las reacciones y experiencias del sujeto y los comportamientos que puedan haber precipitado la enfermedad.

Existen cuatro tendencias importantes que han modificado el ámbito de la sanidad (Brannon, 2003):

- Las enfermedades crónicas han reemplazado a las infecciosas respecto de las causas principales de muerte.
- La creciente tendencia a preponderancia de las enfermedades crónicas ha contribuido al aumento del coste en los servicios sanitarios a los que no toda la población tiene acceso.
- Se ha modificado la definición de salud, considerándola como un estado de bienestar positivo y no como la ausencia de enfermedad.
- Para aceptar lo anterior es necesaria la incorporación del modelo biopsicosocial que viene a complementar las condiciones biológicas, sociales y psicológicas a la hora de explicar el padecimiento.

- **Modelo Biopsicosocial**

Las dificultades anteriormente planteadas vienen a ser reparadas por el modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977 cuyos postulados básicos se

apoyan en la teoría de los sistemas de Bertalanffy. La salud y la enfermedad son el resultado de interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, es decir, se tiene en cuenta al paciente en su enfermedad, su personalidad, el contexto familiar y social en el que vive, el rol médico y el sistema sanitario.

Esta nueva corriente se opone al dualismo mente cuerpo y mantiene una actitud contraria al reduccionismo defendiendo que todos estos los factores son igualmente importantes a la hora de definir la salud o la enfermedad. La realidad se entiende en términos de jerarquías de sistemas. Cada uno está compuesto por diferentes subsistemas y a la vez englobado en algunos mayores. Es decir, que el cuerpo físico es solo uno de los aspectos de una persona pero ésta se halla en una familia, en una comunidad y en una sociedad determinada. Para detallar esto Ballester (1997) expresa:

Desde el modelo biopsicosocial, estudiar el funcionamiento de la persona a nivel psicológico y comunitario es tan importante para evitar y combatir la enfermedad como el análisis a nivel celular de la enfermedad. (...) Así, dicho modelo defiende la consideración del enfermo como un ente global, que enferma o sana en su conjunto. (p. 48 - 49)³

Por lo tanto, y como varios sistémicos ya han estudiado, cualquier cambio o modificación en alguno de los niveles del sistema afecta necesariamente a todos los que se encuentran tanto por encima como por debajo de él.

El mismo autor entiende que, coherentemente con estas ideas, el paciente debe ser considerado como un ser activo en el modo en que percibe y cómo enfrenta sus síntomas para alcanzar el bienestar y también se le debe dar importancia a la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.

Videla, M. (1998) expresa que en paralelo a estos dos modelos, se han suscitado diferentes concepciones de salud:

- Concepción liberal: Que se fundamenta en las libertades individuales considerando que la salud es una responsabilidad personal. Esta concepción va de la mano con el modelo médico hegemónico.
- Concepción desarrollista: Se encuadra dentro de la medicina social, pluricausalista. Aquí se hace presente el papel preponderante de la prevención pero se trata de una prevención normativa, es decir que se buscaba evitar las conductas desviadas o desadaptadas; y también el papel de la multidisciplina. La salud y la educación son fundamentales para el desarrollo de la sociedad.

La autora sugiere que esta propuesta tiende a fracasar si no se tiene en cuenta la pertenencia cultural de la población y si las reglas que pretendan organizar las

³ Ballester, R. (1997, 48 - 49)

conductas de salud son muy rígidas, por eso la última concepción es la que ella considera más adecuada:

- Concepción participante integral: Este criterio implica la ruptura de la relación sujeto pasivo – médico dueño único del saber, para incluir a un individuo activo y crítico de su condición de salud. Se basa en la equidad y el desarrollo de las propias capacidades, es decir, que las personas y las comunidades tengan en sus manos el cuidado y la preservación de su salud.

Aportes de la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud nació en Latinoamérica en la década de los 60 y así se conforma la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Más tarde, en 1978, la Asociación Psicológica Americana creó la Sección de Investigación Sanitaria dentro de la división de Psicólogos del Servicio Público que hizo confluir distintas disciplinas de la psicología: profesionales, científicas y educativas para la promoción y el tratamiento de la enfermedad, la optimización del sistema sanitario y la formulación de políticas de salud. A raíz de estos antecedentes se determinó que las intervenciones de los profesionales se centran en modificar actitudes mejorando la salud, transformar procesos fisiológicos (descenso de la tensión arterial, control de glucemias y de colesterol, moderación en la alimentación, etc.), implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad, además de utilizar sus herramientas para aliviar el dolor, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los sujetos y a sus familias a convivir con enfermedades crónicas. Esto se debe a las circunstancias que dificultan el desarrollo óptimo de una vida saludable tales como: la mala alimentación, escasas horas de sueño, el sedentarismo, el consumo de tabaco entre otras cosas. Son numerosos los agentes que influyen en la pérdida de las condiciones de salud además de los que tienen relación con cada individuo en particular: la pobreza, que se asocia a hábitos insalubres y al poco acceso a los cuidados médicos; el escaso nivel educativo y los componentes étnico, cultural y religioso.

Fue Joseph Matarazzo (1980) quien expuso la primera definición consensuada de la nueva disciplina:

La Psicología de la Salud es un conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias. (...) Así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria.⁴ (p. 815)

Con esta delimitación conceptual, el autor, intentaba reflejar la posición de los profesionales de la psicología de la salud, que además de centrarse en la responsabilidad individual para el mantenimiento del bienestar, debían enfatizar la necesidad de prestar atención a los contextos sociales, políticos y económicos de la salud con el fin de reducir los costes humanos y económicos que se pudieran prevenir.

Por otro lado, Brannon (2001), señala que:

La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Incluye una serie de contribuciones a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos de salud. (...) Por otra parte ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas, y a trabajar en la promoción, prevención y rehabilitación de estos sujetos.⁵ (p. 27)

Aquí se agrega la promoción y prevención de la salud que comienzan con el estudio de aquellas conductas que llevan a los propios sujetos a enfermar. Y por otro lado, el autor señala que se concibe al psicólogo de la salud primero como psicólogo y en segundo término, especialista en salud.

Para Brannon y sus colaboradores, la salud psicológica o mental es “el estado psicológico de bienestar percibido, acompañado de una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida” (Sanchez, 1996)⁶.

Psiconeuroinmunología

La Psiconeuroinmunología comienza a desarrollarse en los momentos en que tomaban auge las teorizaciones sobre la relación entre el cuerpo y la psiquis

⁴ Matarazzo, J. (1980 citado en Ballester, 1997, 93)

⁵ Brannon, L. (2001, 27)

⁶ Sanchez (1996 citado en Oblitas, 2004, 28)

a la hora de trabajar la terapia. Desde allí comenzaron a obtenerse pruebas que indicaban que el sistema inmunológico interactúa con el sistema nervioso central y el endócrino en la respuesta psicosomática; y que los tres se ven afectados por factores de carácter psicológico y social.

Se considera que esta red intersistémica comprende el estudio de los mecanismos regulatorios y de control del organismo y la conducta del sujeto humano. El sistema psiconeuroinmunoendocrino (PNIE), es el responsable de las respuestas adaptativas e integrativas desde y hacia el medio de manera sistémica, es decir que cualquier modificación en el sistema genera cambios en toda la estructura y su desregulación produce la enfermedad que puede manifestarse en el plano físico o psicológico.

Courel (1996) dice:

El término "Psicosomático" se refiere a un terreno cuyo estatuto teórico y epistemológico se encuentra insuficientemente delimitado. La primera condición para que se califique actualmente de "psicosomática" a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación científica válida completa.⁷

Eidelsztein (2001) propone que para hablar de respuesta psicosomática "debe existir una lesión, corte o discontinuidad de la función del órgano, falta de etiología médica y algún suceso biográfico que haga desencadenarla".

Lo importante aquí, como señalaba Henry Ey, es que el trabajo en psicosomática debe ser pensado como un modo de concebir el tratamiento, no como la clínica de ciertos trastornos. Tanto la salud como la enfermedad son psíquicas y somáticas simultáneamente, es decir, que no es la enfermedad lo psicosomático sino el enfoque con el que se la trabaja.

La Psiconeuroinmunología analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores que interactúan produciendo estos padecimientos. Estudia y trabaja las interacciones existentes entre el comportamiento y los sistemas inmunológico, psicológico, nervioso y endócrino.

El **psicológico** es un sistema simbólico - cerebral, que interactúa a partir de los estados mentales (imágenes, palabras y emociones) con los mensajeros cerebrales que son los neurotransmisores. El sistema **neurológico** se expresa por el SNC y el SNP, fundamentalmente mediante neurotransmisores y neuroreguladores. El sistema **inmunológico** (inmune = exento de) posee como principal función, la discriminación entre lo propio y lo ajeno. (...) El sistema inmune puede ser visto como el sexto sentido por su capacidad de recibir, procesar y enviar información al SNC. Su interrelación con el SE se explica a través de la intervención autonómica, mediante neurotransmisores a todos los órganos inmunes. Así, la acción hormonal puede producir cambios inmunológicos y el sistema inmune puede a su vez generar modificaciones endócrinas. El sistema **endócrino** produce factores de liberación que regulan en forma inhibitoria o estimulatoria la liberación de hormonas hipofisarias las que a su vez trabajan sobre las hormonas periféricas. De esta

⁷ Courel, R. (1996 citado en Pérez, 2002, 44)

forma se regulan y vinculan las conductas efectoras (endócrinas) con los estímulos viscerales (SNA) y/o emocionales.⁸ Montón (2004)

Para ampliar, es oportuno tener en cuenta ciertas nociones acerca del funcionamiento del sistema inmunológico, conformado por tejidos, órganos y procesos que protegen al organismo de la invasión del material extraño y que además realiza funciones de mantenimiento, eliminando las células dañadas o desgastadas y vigilando la presencia de células mutantes. Las respuestas de este sistema pueden ser específicas ya que atacan a un invasor en particular, o inespecíficas que permiten atacar a cualquier agente externo.

Ahora bien, la inmunodeficiencia implica una respuesta inmunológica inadecuada que puede producirse por diversas razones. En este caso se puntualizará en las enfermedades autoinmunes, las cuales se generan cuando el sistema inmunológico ataca al propio organismo. Es decir, el funcionamiento de dicho sistema se basa en reconocer a los agentes extraños marcándolos para su destrucción pero en algunas personas, las células corporales propias son marcadas para ser eliminadas posteriormente. Es en este caso en el que se pierde la capacidad de distinguir las células propias de las invasoras desatando un autoataque.

Chiozza (2007) expresa que desde la PNIE se puede explicar la endogeneización de las vivencias reactivas. Un hecho relevante puede quedar grabado en tres tipos de memoria, la sensorial que es corta, la límbico-temporal que es larga y la inmunoendócrina que es eterna. También comenta: “las reacciones adaptativas a situaciones del medio pueden dejar trazas de alteración bioquímica o metabólica que se independizan de la causa y persisten de por vida.”

El fenómeno asociado con el llamado tipo de personalidad psicósomática no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica; es más bien una intensa defensa contra los temores narcisistas o psicóticos⁹ (Otero y Rodado 2006).

Estos autores defienden que la disfunción psicósomática sería una defensa destinada a proteger al sujeto de estados emocionales primarios, donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente.

Por otro lado, muchos estudios indican que la inmunosupresión puede formar parte de la respuesta del cuerpo al estrés o ser el resultado de dicha respuesta. Esto se puede detectar a través de la relación entre el sistema nervioso y el inmunológico que se traduce en la secreción de hormonas que denuncian

⁸Monton, B. (2004 citado en Danitz , 2005, 35)

⁹ Otero y Rodado (2006). 9, pág. 196.

disfunciones. Y si bien, se ha comprobado que los conflictos interpersonales provocan la supresión inmunológica, no todas las personas cuyo sistema inmunológico funciona inadecuadamente enferman. La enfermedad compete al sistema inmunológico, a la constitución subjetiva de cada individuo y a la exposición del mismo a los agentes patógenos.

El estrés puede contribuir al desarrollo de los dos tipos de diabetes Mellitus. En el caso de la diabetes tipo 2, puede afectar al sistema nervioso simpático o puede influir mediante sus posibles efectos en la obesidad ya que es un importante factor de riesgo en este tipo de diabetes. También, es posible que el estrés afecte el manejo de las glucemias en estos sujetos.

El resultado de situaciones tensionantes se acompaña de un aumento de la producción de ACTH (corticotrofina) que da como consecuencia el incremento de glucocorticoides que disminuyen la secreción de insulina y conducen a altas glucemias además de deprimir el sistema inmune y en casos agudos favorecer la tendencia a adquirir infecciones en un sujeto diabético mal controlado. Además, hay que tener en cuenta que una de las fuentes de estrés más importantes la constituyen las repercusiones del tratamiento tanto en el ámbito familiar, social, ocupacional; unida a otros estresores tales como la presencia de complicaciones o la incertidumbre por complicaciones futuras o cercanas y los sentimientos de frustración entre otros.

La enfermedad

El significado de la enfermedad

Numerosos autores han intentado convenir sobre este tema y a grandes rasgos han concluido en que se puede concebir a la enfermedad como inconveniente o como ventaja pero en ambos casos depende del bagaje de creencias, opiniones, costumbres y experiencias que cada sujeto posea.

La enfermedad como inconveniente puede significar una *amenaza* no sólo porque haga peligrar la vida sino por el impedimento de una vida normal. La amenaza es aún más intensa si de este sujeto dependen otras personas. También puede simbolizar un *castigo* por haber incursionado en malos hábitos respecto de la salud; o bien puede ser entendida como un *enemigo* que hay que aplacar.

Ahora bien, la enfermedad como ventaja puede tratarse de un *desafío* que ponga a prueba capacidades, recursos y fortalezas. También puede vivenciarse como un modo de *protegerse* de hábitos de vida insalubres o de un estilo de vida indeseable; o en su defecto puede significar una *ganancia* emocional o material en aquellos sujetos que buscan la atención de personas significativas o que esperan algún rédito económico con su enfermedad.

Calidad de vida y enfermedad crónica

Según Levi y Anderson (1980) el concepto de calidad de vida hace referencia a:

... la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos y además puede ser definida, en términos generales, como una *medida* compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo. (...) La calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace de cada uno de los dominios de su vida actual.¹⁰ (p. 96)

Las enfermedades crónicas son padecimientos que usualmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las poseen. Las consecuencias y los tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los individuos que implica sus habilidades afectivas, conductuales y sociales a la hora de enfrentar la enfermedad. Es por eso que la calidad de vida debe ser un objetivo de tratamiento además de una variable que debe considerarse para evaluar los beneficios y consecuencias de la intervención terapéutica.

En el análisis de la calidad de vida de un sujeto que sufre de una enfermedad crónica es necesario entender que la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico,

¹⁰ Levi y Anderson (2006 citado en Oblitas, 2004, 96)

social y espiritual dependen en gran parte de sus propios valores, creencias, su contexto cultural e historia personal (Urzúa, 2010).

Se sabe que en la actualidad, las enfermedades crónicas son causas principales de mortalidad en el mundo. Se caracterizan por perdurar largo tiempo y, si son mortales, causan el deceso sólo tras un prolongado espacio temporal. Durante este período los síntomas no son necesariamente constantes, es decir, los sujetos pueden sentirse bien en ocasiones o muy mal en otras, pero nunca se encuentran totalmente sanos. Además, cuando las personas enferman, su comportamiento suele cambiar y las relaciones y expectativas de sus amigos y familiares varían de manera significativa aún cuando el apoyo social sea un factor muy importante en el mantenimiento de la salud.

Los padecimientos crónicos más graves, en algunos casos, pueden darse con una crisis en la vida del individuo que suele exceder la adaptación a la enfermedad: se pueden presentar dificultades económicas que comprometan el costeo del tratamiento o bien los sujetos pueden cambiar la visión de ellos mismos y también afectar sus relaciones intrafamiliares o con personas de su entorno.

Según diversos estudios, las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las que pueden notarse en una situación de pérdida (pérdida de salud). Este conjunto de reacciones que se acompañan del duelo suelen presentarse en el siguiente orden: a) negación del suceso, b) enojo, c) desesperación, d) depresión, e) reconciliación o aceptación de la enfermedad. De todas formas muchos nunca resuelven el hecho de estar enfermos de por vida o tardan mucho en reconocerlo y es en esos casos en que posiblemente se manifieste escaso apego al tratamiento.

El proceso de adaptación psicológica y social a la enfermedad crónica contempla tres variables (Oblitas, 2004): los antecedentes que se relacionan directa o indirectamente con la enfermedad, el proceso dinámico de adaptación, es decir, las reacciones ante el padecimiento y por último la anticipación de las consecuencias psicosociales. Si bien, y como se ha expuesto anteriormente, no todos los sujetos reaccionan de la misma forma, las emociones no adaptativas más comúnmente experimentadas por estos sujetos, en relación a las consecuencias de la enfermedad, son los estados depresivos y ansiosos. Es por esto que es necesario atender a sus requerimientos y quejas para propiciar que sea partícipe del autocuidado y del cumplimiento de su tratamiento.

En los casos en que los acontecimientos se dan de manera extrema o que resultan significativamente importantes para el paciente, la adaptación a la enfermedad o a las condiciones de vida que ésta le sugiere resultan inadecuadas o insuficientes y es así que se puede presentar una crisis, manifiesta en sentimientos de ansiedad, temor, agotamiento, entre otras cosas.

En vista de que las personas no pueden tolerar un estado de crisis durante mucho tiempo, adoptan nuevos modos de actuar. Algunas de estas nuevas formas de respuesta pueden producir una adaptación sana, pero otras provocan ajustes insanos y un deterioro psicológico. La crisis en sí misma no es sana ni patológica. Por el contrario, se trata de un momento de inflexión en la vida de una persona. (...) La teoría de la crisis sugiere que las enfermedades crónicas no provocan problemas psicológicos inevitablemente. Una persona puede reaccionar a una enfermedad de un modo positivo o negativo.¹¹ (p. 355)

El autor explicita que no existe un patrón de respuesta universal ante el impacto de la noticia de que se padece de una enfermedad crónica, sino como se ha comentado con anterioridad, todos los sujetos merecen, por parte de los profesionales de la salud, un tratamiento individual debido a que cada uno activa o no diversos recursos para adaptarse a las circunstancias que los padecimientos crónicos proponen. Además hay que tener en cuenta que el efecto que éste causará depende de su gravedad y de la medida en que interfiere en la vida cotidiana del sujeto.

Por otro lado, la sensación de pérdida de control personal y de los acontecimientos futuros, la amenaza a la autoestima, la impresión de vulnerabilidad y la brecha existente entre la visión que el paciente tiene de sí mismo y lo que los demás perciben de él y su malestar, son algunos de los cambios importantes a los que debe enfrentarse quien padece este tipo de dolencias.

Es claro, que en casi todas las situaciones, el diagnóstico de una enfermedad crónica modifica la autopercepción: el sujeto va a estar más atento a su cuerpo de lo normal y usualmente se atraviesa por un proceso gradual de comprensión del significado de su enfermedad y luego se integra a la vida y a la percepción de sí mismo. Las personas que se encuentran en estas situaciones tienden a buscar distintas estrategias para enfrentarse el malestar como centrarse en los aspectos positivos de la misma, buscar apoyo social o bien distanciarse emocionalmente del problema o evitarlo por ejemplo administrándose erróneamente la medicación o mal alimentarse. Algunas de las estrategias son eficaces y otras no lo son. En el caso puntual de la diabetes mellitus suele ocurrir que los sujetos no adhieran al tratamiento, presenten poco ajuste a la enfermedad en un primer

¹¹ Brannon, L. (2001, 355)

momento y a la larga pueden experimentar depresión, ansiedad, trastornos de alimentación o deterioro cognitivo.

Otro de los temas a tratar dentro del marco de las dolencias crónicas es la *muerte*.

La discontinuidad de la vida ha generado temor en los hombres a lo largo de la historia y se ha preferido siempre morir en lugar de sufrir un dolor insoportable. (...) El caso del dolor crónico es aquel que en un comienzo pudo tener un origen orgánico, se prolonga por algún tiempo y después de un período puede no tener soporte anatómico pero continúa invalidando la vida de quién lo sufre, su familia, el entorno laboral, etc. Por eso una de las grandes esperanzas que tiene el hombre es la medicina pues trata de retardar la muerte, de atenuar el dolor, es decir, de luchar contra la enfermedad y la muerte hasta donde sea posible.¹² (p. 237)

En el caso de la presente tesina, se ha trabajado con adultos y sujetos de tercera edad y en estos casos el significado de la muerte es diferente. En la edad adulta el hombre se preocupa por concretar sus proyectos y se sorprende ante la muerte porque la percibe aún ajena, a largo plazo. En cambio en la vejez se ha visto el fallecimiento de otros familiares y conocidos, existe una noción de proximidad ante la muerte y el cuerpo ya no responde ni se ocupa de los roles de la juventud por eso, en este caso, es menor el desconcierto ante la muerte que en el anterior.

La enfermedad crónica y el entorno

Aquellos que poseen malestares crónicos deben desarrollar y mantener relaciones con profesionales de la salud. Es aquí donde puede presentarse la dificultad del encuentro entre la mirada resignada del sujeto ante su estado y la actitud poco positiva de los trabajadores de la salud a la hora de evaluar el trastorno crónico; lo cual puede generar un clima difícil para el tratamiento. Para evitar esto se dispone de ciertas ayudas complementarias: las intervenciones psicológicas, los grupos de apoyo que colaboran en el mantenimiento de la adherencia a las indicaciones prescritas, las relaciones adecuadas con el equipo médico y el trabajo transdisciplinario por parte de los profesionales de la salud que se dediquen a este sujeto (médico clínico, médico especialista, psicólogo, trabajador social, etc.).

¹² Oblitas, L. (2004, 237)

Numerosos psicólogos de la salud han trabajado arduamente en la comunicación entre los profesionales de la salud y el sujeto que padece la enfermedad crónica, por lo cual es apropiado que el personal sanitario se eduque en estos temas y lleve a cabo una valoración del impacto de la enfermedad en el círculo familiar para favorecer el intercambio entre la familia y el sujeto, informar a la familia acerca del diagnóstico, el plan terapéutico y los cuidados básicos, prestar apoyo emocional y prevenir a la red familiar de que su intervención no provoque conductas inadecuadas en el paciente.

En cuanto a las *relaciones intrafamiliares*, el tratamiento del padecimiento crónico no suele ser la fuente principal de conflicto tanto como la diferencia entre la idea que tiene el aquejado de su problema y la que tiene su familia. Estas visiones encontradas contribuyen a acrecentar la percepción de incompreensión, abandono y cansancio emocional y físico de los afectados, a lo que se pueden agregar las preocupaciones ligadas a la demanda económica de la enfermedad.

No todas las familias responden de la misma manera ante una crisis como esta. Algunos de los factores que influyen en la conducta familiar en estas situaciones son (Gallar, 2003): el nivel de gravedad de la enfermedad, el miembro enfermo, la situación socioeconómica, los recursos externos de apoyo, la relación afectiva entre los familiares, las experiencias previas y las capacidades de los familiares ante la enfermedad. De todos modos, en general, todas pasan por una serie de experiencias en relación a la adaptación a la enfermedad. Primero se presenta la desorganización propia del momento en que se declara la enfermedad y toma por sorpresa a la red familiar, luego de un tiempo la red se recupera cuando ha superado el impacto inicial, logra asumir la realidad y responde con la búsqueda de información y de opciones de tratamiento. Y por último se da la reorganización de los nuevos roles de cada uno de los miembros propiciando la participación activa de quien padece la enfermedad.

Es por esto que se hace necesario que la familia encuentre un modo de expresar la ira y la frustración en relación a esta situación, tener tiempo para el ocio y ocuparse de lo que respecta a cada integrante en particular para evitar la claudicación de los miembros o del miembro que más se dedica al enfermo. En estos casos los psicólogos de la salud pueden colaborar a cubrir las necesidades terapéuticas que ocasional o prolongadamente puedan surgir en sistemas familiares con algún miembro que presente una dolencia crónica. Pero más aún se puede enfocar el trabajo desde la prevención y promoción de la salud a los

finde de mejorar la calidad de vida de potenciales enfermos crónicos y evitar un malestar que puede ser eludible.

Promoción y Prevención de la Salud

Mirta Videla (1998) afirma que dentro de la estructura de una sociedad, su cultura ofrece características peculiares, encarna valores y antivalores y es también la que en parte determina la salud y la enfermedad en ella.

Por eso, el modelo biopsicosocial imperante en la actualidad, contempla la necesidad de incorporar una visión amplia e integrativa a la hora de comprender las diversas alteraciones y elaborar un diagnóstico. Y especialmente centra su atención en la promoción y la prevención de la salud; entendiendo que:

La promoción de la salud implica el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo; en tanto la prevención primaria se trata de todas aquellas actividades destinadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, la secundaria se dirige a evitar la enfermedad una vez que los síntomas ya se han dado a conocer y la terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación.¹³ (Stokols, 1992)

La OMS, en 1987 definió a la **promoción** de la salud sentando sus bases en la capacitación de la población para el aumento del control sobre su propia salud y el mejoramiento de la misma, es decir, favorecer las potencialidades de los individuos, posibilitar la toma de decisiones en pos de la salud, crear ambientes sanos y modificar actitudes, comportamientos y valores con el objeto de impulsar al sujeto y a la comunidad hacia un alto grado de bienestar y una mejor calidad de vida. De esta manera se entiende que la promoción de la salud implica una acción educativa y motivacional para el conocimiento y la preferencia por los hábitos saludables.

Una concepción moderna de la promoción de la salud debe tener como objetivo, no sólo conseguir una vida sana, sino también lograr que la enfermedad se afronte adecuadamente y se conviva con ella de manera aceptable. Es decir, también es importante una *educación para la enfermedad*. (...) La actual preocupación que la sociedad muestra por la salud puede llevar a caer en el error de considerarla más como un *fin* (alcanzar ese bienestar utópico) que como un *medio* (vivir encontrándose bien).¹⁴ (p. 10)

¹³ Stokols (1992 citado en Oblitas, 2004, 12)

¹⁴ Gallar, M. (2003, 10)

Gallar especifica las fases de la promoción de la salud: prevenir, cuidar y educar. “Prevenir” en sus tres dimensiones tanto de manera primaria, secundaria como terciaria. Mientras tanto “cuidar,” por parte del personal de la salud, tiene ver con la atención en cuanto a la higiene corporal, la alimentación, el ejercicio físico, el apoyo psicológico y social, el control de la enfermedad y de los factores de riesgo, el incentivo por la actividad intelectual, etc. La atención del enfermo crónico fuera del ámbito sanitario suele realizarla la familia por lo que es necesario analizar cada situación y dar a conocer las instrucciones para llevar a cabo los cuidados apropiados. Y por último, se trata de “educar” lo cual denota la necesidad de detectar o diagnosticar, motivar e instruir a quien sufre del padecimiento y a su familia.

La prevención se encuentra dirigida a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos que tengan que ver con el desarrollo de algún tipo de enfermedad. Es decir, que mientras la prevención pertenece a ámbitos clínicos y busca evitar una enfermedad, la promoción está más relacionada con los ámbitos sociales y apunta al bienestar comunitario dirigiéndose a los factores protectores de la salud.

En los últimos tiempos los padecimientos que preocupan y que se inscriben como las mayores causantes de muerte en el mundo son las enfermedades crónicas, que en la mayoría de los casos obedecen a conductas, estados psicológicos, contextos y estilos de vida inadecuados. Por ello es que se utilizan los términos de *patógenos conductuales*: aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermarse (comer o beber alcohol en exceso, fumar, etc.); y los *inmunógenos conductuales*: comportamientos que lo hacen menos susceptible de contraer enfermedades (dormir 7 u 8 horas, ingerir al menos cuatro comidas diarias, mantener el peso corporal, practicar ejercicio físico habitualmente, entre otras cosas). De esta manera se entiende que las conductas de salud contemplan esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y fomentar los inmunógenos conductuales. Estos se ven influenciados por (Oblitas 2004, 86):

- Factores demográficos, situacionales y sociales: edad, nivel educacional, clase social, género, etc. La familia y el grupo de iguales pueden jugar un papel importante en los hábitos de salud de un sujeto.
- Percepción subjetiva del síntoma: Es la susceptibilidad percibida a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza y la intensidad de dicha percepción puede influir en la adquisición de comportamientos

saludables pero cuando esto se contrasta con la posibilidad de cambio puede agregarse el análisis de los beneficios de realizar una conducta de salud concreta.

- Factores emocionales y cognitivos: distrés emocional, estados emocionales negativos, pensamientos y creencias.

La asistencia al enfermo es el segundo nivel de un sistema de salud y la prevención es el primero. Por esta razón, la nombrada meta “salud para todos” sólo será posible si se concreta la participación popular. Este objetivo es factible con un pleno desarrollo de una conciencia sanitaria que abarque a toda la sociedad a través de la educación. En este punto Mirta Videla (1998) expresa que para alcanzar el derecho de la salud no es necesario invertir un elevado presupuesto en hospitales y tecnología sino aumentar la producción de recursos sanitarios, mejorar la capacidad instalada y generar nuevas formas de acción que tengan en cuenta que la educación popular no es sólo la difusión del saber sino también el desarrollo de una conciencia crítica.

En este último punto, ciertas investigaciones comentan la importancia de la *educación para la salud* y que ésta no debería ser sólo la transmisión de información ya que por sí misma no produce cambios significativos, ni una sucesión de prohibiciones y consejos moralizantes sino que se trata de un proceso educativo que tiende a responsabilizar a los ciudadanos individual y colectivamente en la defensa de la salud propia y de los demás (Aibar, 1999). El autor señala que en las últimas épocas se han dado diversas orientaciones en educación para la salud: la orientación prescriptiva referida al comportamiento ante la enfermedad y el cumplimiento de las prescripciones del médico y de las campañas de informativas; la orientación radical que tiene en cuenta los esfuerzos dedicados a concienciar a las personas sobre la necesidad de modificar la realidad económica, social, cultural que dificulte las condiciones de vida saludables y por último la orientación hacia la capacitación de las personas para hacerlas autosuficientes en la toma de decisiones en relación con la salud y lograr su implicación y participación en el proceso educativo.

CAPÍTULO II

LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es...

Según la 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 sanguíneos¹⁵. (OMS noviembre 2008).

En la definición anterior se habla de “una” enfermedad, sin embargo numerosos profesionales indican que, como señala en su tesina de licenciatura Perez, D. (2002), la diabetes no es “una” afección sino un “síndrome” que se define como el conjunto de síntomas y signos que pueden obedecer a múltiples causas y que en este caso engloba diferentes entidades con características comunes relacionadas con la dificultad del organismo para aprovechar la glucosa en sangre. Las causas no se hayan terminantemente establecidas pero sí existe la tendencia de ciertas personas a heredar las enfermedad. Algunas desarrollan la diabetes después de ser afectadas por otra enfermedad, o después de dar a luz pero sí se sabe que no es contagiosa, nunca remite pero se controla.

Otros autores conciben en que la diabetes Mellitus es un síndrome caracterizado por hiperglucemia y además anormalidades en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La glucosa proviene de los alimentos que se consumen y provee de energía al organismo mientras que la insulina es la hormona que ayuda a que la glucosa que circula por la sangre ingrese dicha energía y nutrientes a las células. En la diabetes tipo 1 el cuerpo no produce insulina (destrucción de las células B que se encuentran en los islotes de

¹⁵ OMS noviembre 2008, nota descriptiva 312.

Langerhans del páncreas) y en la diabetes tipo 2, no produce o no utiliza la insulina de manera adecuada (insulino-resistencia), y de esta forma la glucosa permanece circulando en sangre. Ante la falta de energía dentro de la célula, el organismo recurre a las grasas y proteínas y si esto sucede, pueden acumularse cetonas, cuerpos tóxicos que se desprenden de la oxidación de los ácidos grasos y puede producirse la cetoacidosis diabética junto con varias complicaciones agudas tales como la pérdida de sodio, cloro, deshidratación, arritmias, pérdida de conciencia, convulsiones etc.

Orígenes de la Diabetes Mellitus

El término diabetes (derivado de diábaino que significa atravesar) en su etimología griega, significa “que pasa a través”, y el término latino “diabetes”, tiene significado de “sifón”, para quienes observaron que la enfermedad se caracterizaba por la emisión de una gran cantidad de orina cada día.

Ya desde el 1550 a.C. se conocían disfunciones relacionadas a la poliuria (volumen de orina superior al esperado). Areteo de Capadocia (s. I d.C.) y Galeno (s. II d.C.) obtuvieron una notable descripción de los síntomas de la diabetes y algunos le dieron su nombre, ignorando la presencia de azúcar en la orina y en la sangre.

En 1674 Thomas Willis señaló el sabor azucarado de la orina de los diabéticos para distinguir la Diabetes Mellitus, que viene del latín “miel” relacionado con la orina dulce, de la insípida. Y además indicó que se trataba de una enfermedad de la sangre, y no de los riñones como pensaba Galeno. (Peumeri, 1993).

Thomas Sydenham (1624-1689) delimitó a la diabetes como una enfermedad de asimilación y hacia el 1800, John Rollo tuvo el mérito de subrayar la naturaleza metabólica de la enfermedad originada por alteraciones morbosas de las capacidades normales de asimilación y digestión que trató con dieta.

Cerca de 1840, Claudio Bernard descubrió el papel de hígado en el metabolismo de los glúcidos y más tarde vislumbró que la presencia de glucosa en la sangre es un fenómeno normal y constante de un organismo sano. Unos años más tarde, en 1875, A. Bouchardat encuentra el enfoque más completo de la época para la

prescripción de la dieta en diabéticos, confirmó que el azúcar en sangre es glucosa y estableció los primeros perfiles de la retinopatía diabética.

En 1880, Lancereaux realizó un gran descubrimiento al instituir la relación entre la diabetes y las alteraciones pancreáticas. También diferenció la diabetes magra (más tarde tipo 1) de la grasa (más tarde tipo 2).

Por otro lado, a comienzos del siglo XX, Naunyn introdujo la expresión “acidosis diabética” para explicar la presencia de cuerpos cetónicos (acetona) en la orina de diabéticos precomatosos. Junto con esto, en 1920 se inventó la reacción para la glucemia y se ensayó en la inyección de “pancreatina” en perros con el objetivo de disminuir el azúcar en sangre. Mientras tanto un laboratorio alemán comenzaba a producir insulina. A mediados de siglo se iniciaron las pruebas de las sulfamidas glucemiantes para los pacientes no insulino dependientes que resultaron ser cómodas por su administración por boca y en 1957 aparecen las biguanidas (metformina, fenformina y buformina) que facilitan la acción de la insulina y hacen que el trabajo pancreático sea más liviano.

En la actualidad existen grandes avances en el tratamiento del embarazo en mujeres diabéticas, la microangiopatía diabética, la calidad del control glucémico por la hemoglobina glicosilada que sería como una especie de memoria de control glucémico de dos a tres meses y se ha puesto énfasis en la importancia de que el sujeto realice el plan terapéutico y lleve a cabo hábitos saludables y preventivos.

Es interesante seguir de cerca lo que ha sucedido en los últimos tiempos ya que la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció al 14 de noviembre como el Día Mundial de la Diabetes dándole el mismo reconocimiento que a otras entidades.

En la Argentina ha comenzado a señalarse la importancia del control estricto de las prediabetes que indican cierta intolerancia o tolerancia alterada a la glucosa y que con ciertos fármacos, dieta, ejercicio físico y trabajo interdisciplinario pueden no evolucionar a una diabetes tipo 2.

Antecedentes en la Argentina

Bernardo Houssay desde el punto de vista fisiológico y Pedro Escudero desde el clínico dieron impulso al trabajo en diabetes en nuestro país cerca de

1947. Más tarde, en 1954 se creó la Sociedad Argentina de Diabetes con el objeto de propagar y mantener el estudio y el adelanto de la diabetología.

Poidomani (2008) expresó lo que ha ocurrido en nuestra provincia:

En la ciudad **Mendoza** se está trabajando en diferentes instituciones con pacientes diabéticos. (...) Se encuentra **A.M.A.D.I (Asociación Mendocina de Ayuda al Diabético)**; compuesta por diferentes profesionales que atienden a toda persona que se acerca a la asociación y también en ayuda para obtener insulina. En el **Hospital Materno Infantil Dr. Humberto Notti** se atiende a niños en forma conjunta entre diabetólogos, nutricionistas, profesores de educación física y psicólogos; sin olvidar el trabajo con la familia del niño diabético, que sirve como un constante apoyo en el tratamiento de la enfermedad. El objetivo al que se apunta es educar al paciente y a la familia para obtener un mejor estilo de vida. Así mismo en el **Hospital Luis Lagomaggiore** se trabaja hace 7 años con esta problemática una vez por semana (sábados) en donde se disponen de 2 horas, una para actividad física y otra para charlas de profesionales, y se trabaja con un grupo aproximado de 30 pacientes. Especialmente la intervención del psicólogo se basa en informar y prevenir sobre los siguientes temas: afrontamiento al estrés, crisis y resolución de conflictos básicamente.¹⁶ (p. 19, 20)

Desde el año 2000 existe la ley 23.753 denominada “Ley de diabetes de la ciudad de Buenos Aires” que garantiza la insulina y los demás elementos de control con el 100% de descuento a personas de bajos recursos en diversos hospitales. Mientras que en Mendoza, desde el 2000, rige la ley provincial 6715 antecedente del “Programa Provincial de Diabetes” que se aboca a los mismos fines que la ley de Buenos Aires.

Además de hospitales y asociaciones que enmarcan el trabajo en diabetes, en los últimos tiempos se han ampliado los servicios en clínicas privadas que brindan apoyo integral, tanto médico como psicológico, en nutrición y educación diabetológica a los sujetos con diabetes.

Epidemiología de la Diabetes

La Sociedad Argentina de Diabetes ha realizado un trabajo estadístico muy interesante que engloba ciertos datos a tener en cuenta. La Dra. M. Ruiz (2009) señala que:

¹⁶ Poidomani (2008, 19-20)

En los últimos años venimos coincidiendo en que la diabetes tipo 2 está adquiriendo proporciones epidémicas porque existe un aumento de la expectativa de vida y por el incremento en la prevalencia de obesidad y estilo de vida sedentario. Sobre el total de casos de diabetes, aproximadamente el 85 – 90% corresponde a la diabetes tipo 2 y el 10% restante son diabéticos tipo 1. ¹⁷(p. 19)

La misma autora agrega que el número de personas con diabetes será más del doble del actual en los próximos 30 años. Y en los países desarrollados aumentará entre un 30 y un 70% mayormente en ancianos mientras que en los países en desarrollo aumentará más de 250% sobre todo en la franja de los 45 a los 65 años sin tener en cuenta que los niveles de obesidad también se incrementen.

En nuestro país...

Ruiz informa que la prevalencia de la diabetes en la Argentina es de alrededor de 7%, es la sexta causa de mortalidad y la primera causa de ceguera no traumática en adultos. Lleva consigo al 48% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores en adultos y al 13% de pacientes en hemodiálisis.

Se especula que hay aproximadamente 2.500.000 personas con diabetes de las cuales 1.400.000 no saben que la padecen, en mayor cantidad mujeres y en Mendoza se estima que hay más de 100.000 personas diabéticas. En relación a la diabetes tipo 2, el estudio de la epidemiología se dificulta por la existencia de casos subclínicos, la gran variedad de regímenes terapéuticos y un curso clínico a veces silencioso.

Diagnóstico

Perez, R. (1992) en el plan “educación para la salud” de la Fundación Favalaro indica que el diagnóstico más simple consiste en controlar la glucemia

¹⁷ Ruiz, M. (2009, 19)

en ayunas. Cuando este valor es igual o mayor a 126 mg/% en dos mediciones consecutivas se diagnostica diabetes. A su vez, si se realiza una medición de glucemia en cualquier momento del día y resulta mayor o igual a 200 mg/%, también se diagnostica diabetes. Cuando las glucemias son inferiores a 126 mg/% el diagnóstico se confirma con la prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Signos y síntomas de la diabetes

Los principales signos y síntomas de la hiperglucemia, normalmente despertados por la insulina insuficiente, un plan alimentario inadecuado, infección o fiebre, estrés emocional o físico, son:

- Altos niveles de azúcar y cetonas en sangre y en orina.
- Polidipsia (aumento de la sed), poliuria (aumento de la cantidad de orina), polifagia (incremento de la necesidad de comer)
- Pérdida de peso
- Vómitos, náuseas y dolor abdominal
- Disfunción eréctil
- Debilidad, cansancio, picazón o entumecimientos en las extremidades
- Irritabilidad y labilidad emocional
- Infecciones frecuentes
- Vista nublada
- Dificultad en la cicatrización
- Picazón en la piel

En el caso de la hipoglucemia, que suele darse por exceso de insulina o de ejercicio físico, ingesta de alimentos retardada o escasa, son:

- Sudoración excesiva, mareo
- Dolor de cabeza y visión borrosa, posibles desmayos
- Taquicardia, temblores

- Hambre
- Dificultad para despertar
- Irritabilidad, cambios en el estado de ánimo

Clasificación de la Diabetes

En 1997, el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes y de la Organización Mundial de la Salud propuso una nueva clasificación de la diabetes y nuevos criterios de diagnóstico. Fueron varios los puntos que se trataron pero los más relevantes a los fines de este trabajo tiene que ver con la permutación de los términos Diabetes Mellitus insulino-dependiente y Diabetes no insulino-dependiente por Diabetes tipo 1 y tipo 2 definiéndose también nuevos criterios de salud y enfermedad.

Diabetes Mellitus tipo 1 (DBTM1)

La Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) indica que se trata de la “destrucción total de las células B del páncreas que generalmente conduce a un déficit absoluto de insulina” (2009).

Antes denominada diabetes insulino-dependiente ya que requiere en el sujeto de la administración diaria de insulina exógena. El 90% de los casos comienza en la infancia, en la adolescencia o en la adultez prematura con un inicio brusco.

Las causas, como se mencionó anteriormente no se encuentran totalmente delimitadas pero sí, en la mayoría de los casos tiene que ver con la herencia, la autoinmunidad y ciertos virus. Este último en menos medida que los otros dos.

El tratamiento consiste en la prescripción de un plan alimenticio, ejercicio físico y la aplicación diaria de insulina, cuya dosis y frecuencia determinará el médico.

Según su etiología suele clasificarse en:

- a. Diabetes tipo 1 inmunomediada: representa entre el 5 y el 10% de todos los tipos de diabetes. Se debe a la destrucción de las células B por un cuadro de autoinmunidad celular.
- b. Diabetes tipo 1 idiopática: Es decir que no tienen etiología conocida sin evidencia de autoinmunidad. La mayoría de estos pacientes son asiáticos o africanos. Los individuos con este modo de diabetes pueden tener episodios de cetoacidosis y presentar diferentes grados de deficiencia insulínica.

Diabetes Mellitus tipo 2 (DBTM2)

Este tipo de disfunción, antes llamada no insulino dependiente, tiene que ver con la insulinoresistencia dada por el proceso a través del cual la grasa, el hígado y las células musculares no responden a dicha hormona; es decir, las células B producen insulina pero el organismo no puede utilizarla adecuadamente; o tiene que ver con la insulino deficiencia por la alteración de la secreción de insulina. El páncreas produce cada vez más insulina sin alcanzar el efecto debido y de esta forma se da la hiperglucemia. Es la forma clínica de diabetes más común y por lo general se desarrolla gradualmente (de comienzo lento e insidioso) y se asocia al sobrepeso.

Usualmente afecta a adultos mayores de cuarenta años aunque puede suscitarse en cualquier edad. “Los antecedentes familiares, ambientales y la genética juegan un papel importante en la diabetes tipo 2.” Medline (2010).

La importancia de los factores hereditarios queda subrayada por el hecho de que una persona con ambos padres con DM2 tiene un riesgo de hasta el 80% de que en el curso de la vida se le desarrolle la enfermedad. Tener un solo padre o hermano con DM2 comporta un riesgo del 30%, lo cual supone un incremento de dos a cuatro veces por encima de la población general.

No obstante, los factores ambientales (adquiridos) también son importantes, ya que los genéticos no serían suficientes para causar la DM2. Pueden ser: obesidad, inactividad, dietas altas en grasas, fumar, bajo peso al nacer, entre otras.¹⁸ Puchulu (2009, 34)

Además de esto, otros factores pueden desencadenarla, tales como infecciones, intervenciones quirúrgicas, embarazo, menopausia y ciertas emociones. Respecto

¹⁸ Puchulu, F. (2008 citado en López 2009, 34)

de esto último, se sabe que la insulina es una hormona hipoglucemiante y el glucagón es hiperglucemiante y catabólico, es una hormona de estrés destinada a movilizar las reservas energéticas que ante una situación de demanda, aumenta. Es decir que la emoción puede ser un disparador de diabetes.

Lo más común es que el diagnóstico se presente luego de un tiempo ya que las manifestaciones clínicas suelen ser escasas o nulas. Si bien los síntomas son los mismos que en el caso de la DBTM1, se presentan pero más leves.

No se requiere de insulina pero es posible que sea utilizada para un mejor control glucémico. Sin embargo, con frecuencia se lleva a cabo para el tratamiento, la práctica controlada de ejercicio físico, la realización de un plan alimenticio y el consumo de hipoglucemiantes orales.

Respecto del sobrepeso, uno de los principales factores de riesgo de la diabetes tipo 2, se ha comprobado que la obesidad reduce la esperanza de vida de los sujetos con diabetes hasta en 8 años. Según los datos de la Federación Española de Diabetes, 8 de cada 10 personas con DBTM2 tienen sobrepeso al momento del diagnóstico y en conjunto con la hipertensión aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares. De ahí la importancia de un buen trabajo preventivo en este tipo de trastornos.

Diabetes Gestacional

Este tipo de diabetes se presenta durante el embarazo y suele desaparecer con el parto. En el momento del diagnóstico es de suma relevancia el control de la embarazada para lograr un proceso normal ya que es elevado el riesgo de mortalidad del feto. Suele darse en el 5% de las embarazadas pero esto va en ascenso ya que en los últimos tiempos, las mujeres suelen ser madres a edades más avanzadas y esto también es un factor de riesgo para el embarazo.

Los últimos estudios han arrojado que cerca del 50% de las mujeres que presentaron diabetes gestacional tienen diabetes tipo 2 con el tiempo.

Otros tipos de Diabetes

Estos modos se presentan por defectos genéticos de la función de las células B o de la insulina por enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, diabetes inducidas por drogas o agentes químicos, infecciones, etc.

Complicaciones de la Diabetes

Complicaciones agudas

Las complicaciones agudas de la DM son las *descompensaciones metabólicas hipoglucémicas* mencionadas con anterioridad y las *hiperglucémicas graves*:

Cetoacidosis Diabética: Se trata de un síndrome causado por el déficit de insulina caracterizado por hiperglucemia, deshidratación, desequilibrio electrolítico y acidosis metabólica y afecta a los sujetos que padecen DBTM1. Si la cetoacidosis no es tratada adecuadamente, la persona puede caer en un coma diabético que requerirá de hospitalización e incluso puede desembocar en la muerte.

Síndrome hiperglucémico hiperosmolar: Afecta a personas sin DBT o con DBTM2 y posee una elevada probabilidad de muerte. También se produce por la falta de insulina, se eleva el sodio plasmático que no se metaboliza por alguna falla renal y se da la deshidratación y la hipercoagulabilidad que favorece las trombosis e isquemias.

Complicaciones crónicas

Estas complicaciones son de tipo paulatino y se inician debido a los cambios en los vasos sanguíneos o en los nervios.

Enfermedades vasculares: Los vasos sanguíneos van tornándose más gruesos, lo que provoca la dificultad para el paso del torrente sanguíneo teniendo como consecuencia:

- ✓ *Trastornos cardíacos:* angina de pecho, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca o muerte súbita.
- ✓ *Trastornos cerebrovasculares:* dependen del área afectada y del tipo de lesión pero lo que más predomina es el infarto encefálico por trombosis.

Daño de los vasos sanguíneos: sobre todo en los ojos y los riñones.

- ✓ *Trastornos oftalmológicos:* cataratas, parálisis oculomotoras, retinopatía diabética o inflamaciones.
- ✓ *Trastornos renales (nefropatía):* pueden ser infecciosas como la cistitis o pueden ser vasculares, o bien nefropatía o insuficiencia renal crónica.

Daño nervioso (neuropatía): Se afectan generalmente los nervios de los pies y piernas que en casos graves puede conducir a úlceras y amputaciones. Comienzan a manifestarse con trastornos tróficos de la piel y pueden evolucionar con dolor en reposo, lesiones isquémicas o necróticas, lo que comúnmente se denomina gangrena.

Otras complicaciones son los trastornos gastrointestinales, genitourinarios o disfunción sexual.o

Investigaciones últimas en estos temas, concluyen en que es característico de los pacientes con ambos tipos de diabetes, que luego de un tiempo considerable presenten deterioro cognitivo. Los adultos sanos suelen tener un mejor

rendimiento que aquellos con diabetes sobre todo en el funcionamiento ejecutivo y la velocidad. (Intramed, 2009)

DIMENSIONES DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Cada paciente con diabetes debe ser proveído de una evaluación individualizada para que, una vez obtenido el diagnóstico, pueda definirse el/los medicamento/s y las metas del tratamiento con el objetivo de lograr la disminución de los síntomas, la prevención de las complicaciones agudas y crónicas y alcanzar una expectativa de vida similar a las personas que no poseen diabetes.

Para conseguir una buena evolución es necesario que se produzca un equilibrio entre las dimensiones del tratamiento que propicia la actividad trasdisciplinaria entre los profesionales a cargo de dicho proceso y la actividad integral que incluya a todos los que participen o colaboren con el sujeto que lleve a cabo el procedimiento (familia, amigos, etc). Dichas áreas de tratamiento son: los controles médicos, el plan alimenticio, el ejercicio físico, el automonitoreo, la educación diabétopógica y la medicación.

Controles médicos

Lo principal en este punto es mantener la glucosa en sangre dentro de los niveles mayormente cercanos a lo normal posible.

Cuando se decide iniciar el tratamiento farmacológico ya sea con insulino terapia o hipoglucemiantes orales, es importante que el paciente comprenda el plan de tratamiento y conozca los objetivos que deben lograrse:

1. Glucemia (azúcar en sangre) en ayunas entre 90 y 130 mg/dl (miligramos por decilitro).
2. La glucemia post-prandial, es decir, 2 horas después de un alimento debe ser menor de 180 mg/dl en el DBTM1 y menor de 160 mg/dl en DBTM2.

3. La hemoglobina glicosilada (promedio de la estabilidad o no de la glucemia de los últimos tres meses antes del estudio) debe estar por debajo de 7 %.
4. La Presión Arterial debe ser menor de 130 la alta (sistólica), y 80 la baja (diastólica) en milímetros de mercurio.
5. El colesterol malo (LDL) menor de 100 mg/dl.
6. El colesterol bueno (HDL) mayor de 40 mg/dl en hombres y de 50 mg/dl en mujeres.
7. Triglicéridos, otra forma de grasa, es óptimo que se encuentren en menos de 150 mg/dl.

Si el paciente en tratamiento médico (farmacológico) no ha alcanzado los objetivos arriba señalados, su médico debe ajustar el tratamiento, este ajuste no solo es con medicamentos, sino también en el resto de las dimensiones del tratamiento.

Automonitoreo

El automonitoreo se trata de una medida de control glucémico imprescindible para los dos tipos de diabetes. Es el registro de la glucemia, glucosuria (azúcar en orina) y cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) utilizando tiras reactivas que puede ser realizado por el médico, la enfermera, el educador sanitario, el paciente o su familia ya que es un buen modo de incorporar al sujeto como activo en el control y realización del plan terapéutico.

Se realiza mediante una gota de sangre que se extrae de la yema del dedo y se coloca sobre una tira reactiva que se ubica en un aparato electrónico llamado glucómetro o reflectómetro que arroja el resultado.

Este método se complementa con la medida de glucemia en ayunas y la hemoglobina glicosilada para evaluar el tratamiento en la consulta médica.

Es esencial para los individuos tratados con insulina, en la diabetes gestacional y para los diabéticos tipo 2 cuando:

- Inician un nuevo tratamiento o cambian de medicación o de dosis
- La hemoglobina glicosilada se encuentra fuera de los valores adecuados
- Ante enfermedades asociadas

- Ante reiteradas hipoglucemias

Medicación:

Insulinoterapia:

La insulina es una hormona fabricada por las células B del páncreas y es una proteína y como tal puede ser destruida por las enzimas digestivas. La acción que le compete es la de abrir la célula para que la glucosa en sangre ingrese y se transforme en energía y además controla la velocidad del consumo de glucosa por parte de los tejidos fundamentales: el hígado, el tejido graso y el músculo.

Se utiliza en el tratamiento de la DBTM1 y cada vez más en la DBTM2 de manera transitoria o para aliviar el trabajo del páncreas en caso de que los hipoglucemiantes orales no hayan funcionado o el sujeto presente disfunción renal o hepática; se inyecta con jeringa, lapicera prerrellenada o con una bomba de insulina previo automonitoreo. Existen diversos tipos y depende de la situación de cada sujeto y el control metabólico que posea, la dosis que corresponda.

Fármacos orales:

Se suministran en el caso de la DBTM2 y se dividen en insulinosecretores, insulinosensibilizadores que aumentan el número y la activación de los receptores musculares y hepáticos de la insulina (metformina), inhibidores de las alfas glucosidasas, glitazonas que mejoran la acción de la insulina sin estimular su secreción, entre otros.

Educación Diabetológica

La Dra. Zulema Storlaza, trabajadora de la Sociedad Argentina de Diabetes (2009) sostuvo que:

El mantenimiento sostenido de los valores de glucemia dentro de los límites fisiológicos contribuye a disminuir la posibilidad de aparición de las complicaciones tardías de la

diabetes, y la prevención de las complicaciones agudas. Ello puede ser alcanzado solamente con la activa participación de un paciente adecuadamente informado, entrenado y motivado.¹⁹ (p.44)

La autora pone relevancia en que la educación personalizada responde al intento de estimular al sujeto para que vaya perfeccionando su capacidad de dirigir su propia vida mediante la adquisición de conocimientos y destrezas, sobre todo lograr un cambio de actitudes cuyo fin sea alcanzar su autocontrol, vivir mejor, prevenir o en su defecto manejar las complicaciones que puedan suscitarse y enfrentar la carga económica entre otras cosas.

Ahora bien, la persona más necesitada de formación y aprehensión de habilidades es quién ha enfermado pero le educación debe comenzar por los miembros del equipo de salud (médico, dietista, psicólogo, enfermero, odontólogo, trabajador social, farmacéutico, oftalmólogo, etc.) y también la familia, amigos, vecinos, colegas, empleadores, profesores.

El médico es la figura donde se depositan todas las fantasías de curación por lo cual es importante que éste trabaje siempre con la verdad sobre la enfermedad y con todos los recursos de que disponga el paciente para controlar su estado. El sujeto debe sentirse escuchado, respetado y comprendido por todos los profesionales con los que trabaje, en especial el psicólogo que debe colaborar en sostener la motivación y la receptividad de la persona para con el tratamiento.

Numerosos profesionales dedicados a la educación en diabetes indican que la información básica que se le debe brindar al sujeto, de una manera vivencial y didáctica puede ser a través del mero diálogo o una charla o taller grupal y consiste en: la definición de la diabetes y su funcionamiento, las características de la dieta que se debe ingerir, el tipo de pruebas urinarias y de sangre, la acción de la insulina o hipoglucemiantes orales y el modo de suministrarlos, los síntomas y el tratamiento de la hipo o hiperglucemia, qué hacer en caso de complicaciones agudas, reglas durante ciertas enfermedades o accidentes, atención de los pies y la práctica de ejercicio físico.

Un punto importante a tener en cuenta es que los conocimientos se imparten en la medida en que el sujeto puede aceptarlos y que la evaluación acerca de que lo incorporado a sus hábitos y estilo de vida se realiza de manera continua.

En la muestra de la presente tesina se trabajó con sujetos con DBTM2 ya que, como en la mayoría de los casos no utilizan más que hipoglucemiantes orales, el modo de prevención se acciona con la práctica de ejercicio físico y una dieta adecuada. El problema es que muchos de estos sujetos se muestran resistentes en estas dos dimensiones del tratamiento por lo cual se pone énfasis en las mismas y se explican en detalle todos los beneficios de dichas prácticas.

¹⁹ Storolaza, Z. (2008 citado en López 2009, 44)

Plan de alimentación

El plan de alimentación es uno de los pilares del tratamiento en diabetes por lo que debe llevarse a cabo de manera permanente y personalizada teniendo en cuenta los alimentos favoritos del sujeto con el objetivo de evitar que se produzca la sensación de privación.

La dieta debe tener en cuenta los hábitos alimentarios, costumbres, religión, actividad laboral, actividad física, momento evolutivo (infancia, embarazo, lactancia, ancianidad, etc.), la presencia de co-morbilidades y de la propia enfermedad (tipo de diabetes, fármacos, complicaciones).²⁰ Luongo, A. (2009, 61)

Los últimos trabajos relacionados con este tema dividen al plan de alimentación en dos partes:

1. **Prescripción:** En este momento se formulan los objetivos relacionados con el logro de un estado de nutrición adecuado, el mantenimiento o normalización del peso corporal y de los niveles de glucemia, lipidemia y tensión arterial; y también la evasión de las complicaciones agudas y crónicas.

Luego de esto suele establecerse el *valor calórico total (VCT)*, es decir, la cantidad de calorías que debe consumir una persona en 24 horas (depende de cada sujeto). En el caso de la DBTM2, se ha demostrado que descensos de 5 a 10% del peso corporal mejoran el control glucémico, lipídico y de tensión arterial. Además se recomienda el consumo de hidratos de carbono y glúcidos entre el 50 y 55% ya que son la principal fuente de energía pero en su justa medida porque a la vez son los responsables de la glucemia postprandial. Estos pueden ser: cereales, granos enteros, frutas poco maduras y vegetales, además de lácteos, pan integral y salvado ya que evitan elevaciones rápidas de glucemia y aumentan la sensación de saciedad ayudando a controlar el apetito.

Los alimentos con alto índice glucémico como las papas en puré o fritas, el arroz hervido o la sandía liberan la glucosa con rapidez y producen hiperglucemia postprandial. Tampoco se recomiendan hidratos de carbono simples como azúcar, miel, jugos y gaseosas comunes, mermeladas, gelatinas, caramelos, helados, etc.

En el caso de las grasas se recomienda menos del 30% del VCT, es decir, un consumo moderado de:

- ácidos grasos saturados y colesterol como son los productos de origen animal en un 7%.
- ácidos poliinsaturados 10%: pescados, aceites vegetales, semillas.
- Monoinsaturados: palta, almendras, aceitunas, nueces y maní, 2%
- Ácidos grasos trans menos del 1%: margarinas, dulces, frituras, confituras, barras de cereal, facturas, chocolates, etc.

²⁰ Luongo, A. (2008 citado en López 2009, 61)

Proteínas se recomiendan entre el 15-20% del VCT (carne, pescado, huevo, leche), líquidos como agua, soda, té, gaseosas y jugos dietéticos, mate, bebidas alcohólicas moderadas, vitaminas y minerales, fibra y edulcorantes.

2. Realización del plan: Esto incluye la selección, formas de preparación (se debe tener en cuenta los gustos de cada persona) y distribución diaria de las comidas. Esta última implica la realización de cuatro comidas y dos colaciones respetando los horarios adecuados.

La Asociación Americana de Diabetes (1999) sugiere que si el sujeto no está muy habituado a las prácticas alimenticias saludables consulte a un nutricionista para que lo eduque en el modo de utilizar los alimentos y para que conozca el efecto de cada comida en su organismo y sobre todo en sus niveles de glucemia, las calorías que debe ingerir por día y cómo la dieta puede ser gustosa e interesante a través de un plan de alimentación apropiado y ajustado a sus requerimientos.

Actividad física

Szuster (2009) indica que la realización de una actividad física periódica, frecuente y adecuada permite regularizar el metabolismo, lo que quiere decir que el azúcar y las grasas (colesterol y triglicéridos) puedan ser utilizadas para la combustión, en presencia de oxígeno y de esta manera se obtendrá la energía necesaria para realizar el movimiento.

La Fundación Favaloro (2009) explicó que en el caso del diabético, el ejercicio facilita la acción de la insulina ya que incorpora la glucosa al tejido muscular y también ayuda a la producción de lipólisis, proceso a través del cual los ácidos grasos provenientes del tejido adiposo, pasan a la sangre y pueden ser utilizados por el músculo en presencia del oxígeno para prolongar el ejercicio y favorecer la pérdida de peso.

En la DBTM2 la actividad física es sumamente relevante ya que disminuye la insulinoresistencia y la intolerancia a la glucosa.

El ejercicio con entrenamiento adecuado y controlado produce:

Beneficios físicos:

- Mejora de los niveles de glucemia y triglicéridos
- Propicia la fuerza, la flexibilidad y la resistencia muscular
- Aumenta el colesterol bueno y normaliza el malo
- Mejora la tensión arterial y la circulación
- Detiene la salida del calcio de los huesos
- Aumenta las defensas inmunitarias
- Mejora la dinámica respiratoria

- Colabora en el control del peso
- Protege contra el cáncer

Beneficios psicosociales:

- Propicia el abandono del sedentarismo
- Colabora en la adquisición de cambios en la conducta alimentaria
- Modifica la actitud hacia el movimiento
- Produce sensación de bienestar y mejora de la calidad de vida
- Trae como consecuencia un efecto euforizante
- Genera mejor integración grupal y social
- Colabora en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés aumentando la autoestima.

En los casos de complicaciones diabéticas existen ciertas restricciones pero las actividades más recomendadas pertenecen al grupo de ejercicios aeróbicos como por ejemplo natación, caminata, ciclismo y todos aquellos ejercicios que no impliquen mucha carga, rebote o impacto sobre todo en las neuropatías, nefropatías y retinopatías.

A la hora de llevar a cabo la práctica de ejercicio físico se aconseja una entrada en calor de 5 a 10 minutos, ejercicio aeróbico de no menos de 30 minutos (150 min por semana), usar ropa y calzado cómodos, hidratarse antes, durante y después de la actividad, detener el ejercicio ante signos de hipoglucemia, dolor en el pecho, disnea o arritmia, automonitorearse antes y después de la práctica, llevar azúcar por si eventualmente se necesita.

Dado que la duración del incremento de la sensibilidad a la insulina no va más allá de las 72 hs, la ADA recomienda que no haya más de dos días consecutivos sin actividad física aeróbica (Velazquez, 2010).

PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Las personas con DBTM2, como se ha mencionado, suelen presentar antecedentes familiares de diabetes o bien historia previa de diabetes desarrollada durante el embarazo, ser recién nacidos de bajo peso o exponer otros factores de riesgo como obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia. La tolerancia a la glucosa y la glucemia en ayunas alteradas pueden ser estadios previos al diagnóstico (prediabetes) y si bien representan un elevado riesgo para su desarrollo pueden permanecer como tales, normalizarse o progresar a la DBTM2. Esto, unido a los factores predisponentes como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, y el sobrepeso, junto con el envejecimiento

poblacional y el descenso de mortalidad por enfermedades infecciosas, harán inevitables las posibilidades de padecer de diabetes si no se adoptan las medidas correspondientes.

La promoción y la educación deben ser prioritarias en el diseño de los programas de salud. Los cambios en el estilo de vida, alimentación, ejercicio, terapia psicológica, el apoyo familiar, del médico y nutricionista son esenciales. Y ante la ausencia de medidas de prevención y tratamiento no farmacológico efectivas, considerar las terapias farmacológicas e intervenciones quirúrgicas (sólo recomendables cuando no han sido efectivos otros métodos) que podrían permitir alcanzar el objetivo.

La mayoría de los profesionales abocados a estos temas recomiendan trabajar en la prevención en aquellos sujetos sanos o con prediabetes ya que se puede evitar caer en el diagnóstico de la enfermedad con un buen control del peso y de la tensión arterial, la práctica de ejercicio, la motivación para una alimentación sana entre otras cosas.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL SUJETO DIABÉTICO

Pérez (2002) realizó un resumen de algunas concepciones psicológicas acerca del sujeto diabético denotando que, en un inicio en Chicago, cerca de 1945 se hablaba de los diabéticos como enfermos oral-agresivos con la contradictoria tendencia a rechazar el alimento y el afecto necesario y presentar elevados índices de dependencia. Más adelante se describió a la diabetes como el producto de una deficiencia en la adaptación debida a un rechazo de los padres en la infancia pero estas nociones fueron con el tiempo rechazadas y suplantadas por otras. Wolfe señaló que muchos diabéticos se descompensaban tras largos períodos de tensiones y esfuerzos presentando también características de dependencia, indecisión e inseguridad.

Con el transcurrir de los años, casi todas las escuelas y corrientes psicológicas estudiaron enfermedades crónicas y gran parte de ellas se dedicó a la diabetes en particular.

El diabético debe enfrentarse a la pérdida de algo significativamente valioso, que es la pérdida definitiva de su salud, por lo cual el sujeto debe hacer un trabajo de elaboración del duelo, lo que requiere de un gasto considerable de energía psíquica y de un período de tiempo necesario para dicha elaboración y reestructuración de acuerdo a la nueva realidad.²¹

A la hora de comprender de qué se trata esto, es necesario, en primera instancia, incorporar la idea de que la irrupción de una enfermedad crónica como la diabetes tendrá múltiples y diferentes significaciones en cada persona y en su grupo familiar.

²¹ Tomaselli, P.A (2009). 10

La Federación Internacional de Diabetes en el 2001 realizó un importante estudio que buscaba indagar el impacto afectivo y social de esta afección. El 40% de los encuestados expresaron un gran sufrimiento emocional, temor a no ser capaces de cumplir con sus obligaciones familiares, no confiar en la posibilidad de controlar la enfermedad y temor a que ésta empeore.

La Lic. Saragossi (2009) comenta que “hay dos características esenciales que hacen de la diabetes una enfermedad peculiar: la autoasistencia y la cronicidad”. La *autoasistencia* implica que el sujeto tenga a su cargo prácticas de autocuidado que requieren de ciertos conocimientos médicos y a la vez debe estar atento a los signos de adaptación de su cuerpo a estas nuevas formas de comportarse para realizar los ajustes necesarios. Si bien en la DBTM1 el cambio es más brusco, el caso de la DBTM2, generalmente regulable con medicación, dieta y ejercicio, suele provocar en el sujeto problemáticas psicológicas semejantes. El cuerpo es el sostén de la identidad por lo que los requerimientos de control, cuidado y limitaciones son más elevados, es decir, que se trata de una enfermedad que modifica su existencia y que pone a prueba su posibilidad de desplegar nuevas habilidades y destrezas hasta el momento desconocidas o no puestas en práctica.

Varios estudios en relación al impacto del diagnóstico de la diabetes dan a conocer que existen múltiples modos de actuar ante esta situación: algunos llegan a agradecer el hecho de tener diabetes porque les ha dado la posibilidad de modificar hábitos insalubres y otros manifiestan la vivencia de ajenidad, de dificultad para aceptarla como propia ya que se intenta cuidar algo que en realidad, quisiera expulsar de sí mismo.

El sentimiento de ajenidad puede ser normal y esperable en el primer periodo de conocido el diagnóstico pero cuando permanece a través del tiempo es de mal pronóstico. El paciente que no asume la diabetes como propia desaparece del consultorio, o presenta grandes dificultades para adherir al tratamiento expresando saber de las consecuencias de su enfermedad pero no pudiendo dejar los hábitos poco convenientes para con su estado. En este caso vemos una disociación entre el pensamiento y la acción. El Yo pareciera haber perdido el comando de sus acciones, lo cual suele ser un mecanismo habitual en los diabéticos tipo 2 que presentan mayores conflictos a la hora de ajustarse a la dieta o al ejercicio físico. Inconscientemente persiste el deseo de “borrar” la enfermedad y comer sin control como acto de negación.²² Saragossi (2009, 192-193)

Por otro lado, la *cronicidad* en la diabetes lleva consigo la exigencia de un cambio permanente, no transitorio. Esto se debe a que curar una enfermedad y recuperar el estado de salud estimula los esfuerzos; pero en la diabetes, reconocer que no se volverá al estado anterior, hace que sea aún más difícil de aceptar. Por el contrario, en muchas ocasiones se percibe como una situación injusta e inmerecida que provoca irritación y enojo. Pero a medida de que el sujeto va descubriendo su capacidad para afrontar los obstáculos que la enfermedad le impone, puede ir aceptando la incurabilidad llevando sus esfuerzos a la prevención del deterioro de sus órganos y funciones y preservar su salud.

En este caso, se hará principal referencia a las características psicológicas del sujeto con DBTM2 ya que, por su modo de tratamiento más que nada preventivo, presenta mayores

²² Saragossi, C. (2008 citado en López, 192 - 193)

dificultades para con la continuidad del tratamiento, pobre ajuste a la enfermedad y en varias ocasiones síntomas de depresión y ansiedad.

Es común que en los diabéticos tipo 2 se instale la creencia de que, de todas formas, sobrevendrán las complicaciones, sobre todo en adultos jóvenes que visualizan a la diabetes como el claro impedimento de sus proyectos personales.

Algunos sujetos exteriorizan su agresividad rechazando adherir al tratamiento o la interiorizan deprimiéndose. Otros desarrollan dependencias y necesitan que otros los cuiden abandonando el papel activo en el control de su salud.

Otro dato a tener en cuenta es que “más de 25% de pacientes con diabetes presentan criterio clínico para depresión” ²³Fisher (2001). Esto se explica por la intensidad y el carácter constante del tratamiento, porque la duración de la enfermedad puede producir estrés crónico y las complicaciones van deteriorando la calidad de vida. El mismo estudio determinó que en la mayoría de los casos la depresión o la sintomatología depresiva pueden aumentar el riesgo para desarrollar DBTM2 y por el contrario, para el caso de la DBTM1 sigue la depresión al diagnóstico de diabetes.

El Dr. Patrick Lustman y sus colegas de la Universidad de Washington en St.Louis explicaron que mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida de quienes la padecen.²⁴ Danitz (2005, 70)

Pese a esto, también existe evidencia de que los niveles de glucosa en sujetos con diabetes mejoran con la remisión de la depresión.

Como en varias oportunidades es complejo lograr el equilibrio entre la medicación, el ejercicio y la dieta, muchas personas experimentan sentimientos de frustración, desesperanza, bronca y su pensamiento se vuelve rumiante en relación a ideas negativas sobre sí mismo y el futuro. Por ello es imprescindible escuchar al sujeto y estimularlo a la búsqueda de nuevas respuestas que lo comprometan con el autocuidado y también colaborar en la elaboración del duelo por la pérdida de un antes que ya no podrá recuperarse y también por el cuerpo que no es el mismo y ahora se transforma en el centro de la escena.

El psicoanálisis ha dado su explicación a este fenómeno diciendo que la imagen del cuerpo, sostén del narcisismo, se ve afectada y la enfermedad pasa a ser vivida como una herida narcisista. Por lo tanto las transgresiones en la dieta, las conductas compulsivas a ingerir alimentos prohibidos, las resistencias al automonitoreo, el ocultamiento de la enfermedad, son algunas de las conductas que revelan que la herida no ha sido cerrada y ligados a ella quedan afectos, vivencias que no colaboran con la aceptación de la enfermedad.

Es central en este punto comprender a la enfermedad como la interacción entre lo somático y lo psíquico ya que existe una tendencia importante a la desconexión entre

²³ Fisher, L. (2001, citado en Danitz 2005, 66-67)

²⁴ Danitz, G. (2005, 70)

estos factores indivisibles. Por esto, numerosas investigaciones han tratado de probar la existencia de una “personalidad diabética” pero no se ha logrado más que encausar el trabajo en dos aproximaciones: la que estudia la influencia de los factores psicológicos en la aparición de la enfermedad y la que trata de establecer cómo influyen determinados rasgos psicológicos en el curso y evolución de la misma. De todos modos, si se ha comprobado que los estilos de personalidad que se asocian con menor salud son: preservación, acomodación, introversión, intuición, afectividad, retraimiento, discrepancia, vacilación, sometimiento e insatisfacción (Desch, 2006). Y respecto de los estilos más relacionados con comportamientos de salud, Desch indica que las escalas de apertura, modificación, gregarismo y seguridad son las destacadas.

El análisis del trastorno diabético que realiza Luis Chiozza (2005), uno de los profesionales que experimentó y difundió la Psiconeuroinmunología en la Argentina, expone que los diferentes órganos configuran fantasías o representaciones específicas, es decir, que en este caso existe una fantasía insulino-pancreática inconsciente.

Podemos suponer que la función insulino-pancreática adquiere desde lo inconsciente el valor de un representante de la disposición al gasto energético implícito en el hacer, emprender, generar o construir. La falta de insulina representará entonces, de manera inconsciente, una carencia de los medios que predisponen a la realización del gasto energético necesario para la realización del trabajo.²⁵Chiozza (2005, 110)

Chiozza considera que cada afecto circula por huellas mnémicas inconscientes a lo que él llama “clave de inervación”. La enfermedad somática, como es la diabetes, implica que el desplazamiento de la investidura a través de los canales facilitados (huellas mnémicas) no se realiza sobre una representación sustitutiva como en el caso de la neurosis sino dentro de la clave de inervación de los afectos; es decir, que se trataría de la descomposición de un afecto en su clave. El funcionamiento metabólico normal implica una adecuada utilización de la insulina y los glúcidos, funcionamiento cuyo significado inconsciente se relaciona con el sentimiento de que lo que se logra se obtiene disponiendo de los propios medios. Por lo tanto, la desestructuración de la clave de inervación correspondiente sobreinvierte la disminución de la función insulínica y la carencia reiterada del equilibrio metabólico se acompaña del sentimiento de que los logros alcanzados se han obtenido disponiendo de medios que no han sido propios y de ahí se extrae el sentimiento de impropiedad intolerable con respecto a los objetos o posiciones adquiridas. Dentro de este espectro afectivo aparecen las conductas inconscientes de “derroche” de energía y egoísmo como defensa ante la percepción (también inconsciente) de “miseria interior”.

Por otro lado, Pérez (2002) comenta los resultados del trabajo de Finkelievich en grupos de educación diabetológica. Explica que los sujetos con diabetes colocan su atención en los estados orgánicos ajenos como modo de proyectar lo conflictivo

²⁵ Chiozza, L. (2005, 110)

representado por la propia inestabilidad. Cuando esto fracasaba, los sujetos padecían estados de angustia, hiperglucemias, apatía, pérdidas de conciencia y otros síntomas.

En la familia...

En muchas ocasiones la situación de crisis familiar frente a la manifestación de la enfermedad se instaure con un alto grado de tensión que lleva a un aumento de la vulnerabilidad familiar, con la consiguiente disminución o paralización de los recursos que la familia podría poner en práctica para manejar la emergencia de la enfermedad. A esto se le puede sumar la marcada tendencia al repliegue y el escaso contacto con el exterior. (...) La familia se ve sometida a un desequilibrio mayor por la necesidad de asignar y dominar nuevas tareas de cuidado y apoyo emocional más exigentes que producen dificultades en la organización de las pautas de transacción familiar²⁶. Bauzá (2004, 159)

Las corrientes sistémicas centran su atención en el funcionamiento familiar cuando alguno de sus miembros presenta alguna enfermedad crónica como es la diabetes. El estado de vigilancia emocional en forma de angustia y sentimientos de culpa, la amenaza potencial de pérdida o invalidez, plantean al grupo familiar pesadas exigencias de confrontación, información y apoyo mutuo (Bauzá 2004). Los fenómenos que pueden presentarse son el aglutinamiento cuando los miembros se encuentran muy implicados entre sí y los límites interpersonales son difusos; la sobreprotección, la dependencia, la rigidez ante los cambios y la dificultad para resolver el conflicto.

Otra de las posibles circunstancias que suelen suscitarse es la crisis de cuidado cuando uno o más miembros son no funcionales o dependientes. El cuidador puede agotar sus recursos y perder el control de la situación, realmente agotarse y tener que ser reemplazado. Por ello, lo que los sistémicos recomiendan son las rotaciones de las personas encargadas del cuidado de este sujeto y que cada una tenga ciertos espacios de esparcimiento y el suficiente tiempo para encargarse de su vida.

PSICOLOGÍA Y AUTOCUIDADOS

Se constata que el seguimiento de las recomendaciones no es una tarea sencilla para los pacientes diabéticos, sino que conlleva importantes cambios en distintos aspectos de

²⁶ Bauzá, V. (2004,159)

su vida y las dificultades que encuentra cada paciente para la adaptación a estos cambios son diferentes y personales.

Froján y Rubio (2004) aclaran que la realización del análisis de glucemia es el área de tratamiento que presenta un mayor seguimiento por parte de los participantes y que esto puede deberse a que la monitorización de la glucemia supone el aprendizaje de una técnica nueva asociada con el control de la diabetes y no supone un cambio en hábitos ya instaurados, lo que resulta más difícil de realizar. Por otra parte, y de acuerdo también con los mismos autores, se encuentra una tendencia en los pacientes a diferenciar las **conductas de autocuidado** en dos áreas: una biomédica (insulina y análisis de glucemia), que se considera más fácil de seguir, de mayor importancia o simplemente que se sigue más estrictamente; y otra relacionada con el estilo de vida, cuyo seguimiento resulta considerablemente más difícil o aparece como secundaria respecto a los objetivos del tratamiento. La práctica de ejercicio físico suele ser una de las tareas más costosas en cualquier régimen terapéutico, por la necesidad de tiempo que requiere, el elevado esfuerzo que puede exigir (especialmente en personas habitualmente sedentarias), el escaso placer inmediato derivado de su ejecución y la demora en los beneficios obtenidos de su práctica continuada. Junto a éstos, la percepción de la relación con el personal sanitario se muestra igualmente con capacidad discriminante. Este resultado era de esperar si tenemos en cuenta que la diabetes es una enfermedad crónica que exige un trato permanente y continuado con médicos y profesionales de enfermería y que la forma en que éstos expliquen y controlen el tratamiento va influir en la evolución de la enfermedad.

Las conductas de autocuidado se reflejan generalmente en los sujetos que presentan un elevado grado de cumplimiento de las prescripciones. Estas personas expresan un estilo de vida saludable, llevan un registro diario de los niveles de glucemia, presión arterial y peso corporal, poseen un sentido de responsabilidad personal en el control de la diabetes, consideran que un plan de alimentación sano y la práctica de ejercicio físico deben hacerse hábitos de vida. (Granados, 2007)

En la misma línea, comúnmente se habla de “**adherencia al tratamiento**”. Este concepto ha sido utilizado con múltiples significancias, lo cual ha conducido, en más de una oportunidad, a serias confusiones. Es común escuchar cumplimiento, cooperación, colaboración, obediencia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia.

El término adherencia al tratamiento es definido por Alonso (2004)²⁷ como:

...una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Los factores que permiten predecir la adherencia son múltiples y suelen clasificarse en (Brannon 2001):

Características de la enfermedad:

- *Gravedad de la enfermedad:* En muchas oportunidades los sujetos con enfermedades graves suelen seguir los regímenes indicados.
- *Efectos secundarios de la enfermedad:* Los medicamentos sin efectos secundarios favorecen un mejor cumplimiento de las prescripciones médicas.
- *Duración del tratamiento:* En general, cuanto mayor es el tiempo en que la gente debe someterse al tratamiento, mayores probabilidades existen de abandonarlo.
- *Complejidad del tratamiento:* Cuanto mayor es la variedad de medicamentos y cuidados que se debe tener, mayor es la probabilidad de que no se haga de la manera indicada.

Características personales:

- *Edad:* Los sujetos con diabetes de edad más avanzada, son capaces de vislumbrar los beneficios a largo plazo del cumplimiento del tratamiento.
- *Género:* A grandes rasgos, las mujeres usualmente son más proclives a seguir dietas y ejercicios físicos indicados en detrimento de los hombres.
- *Apoyo social y emocional:* La calidad del apoyo social y emocional permite predecir el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas en sujetos diabéticos.
- *Rasgos de personalidad:* Si bien no existe una personalidad indisciplinada a la hora de darle continuidad al tratamiento, existen pruebas de que un carácter obsesivo compulsivo está positivamente relacionado con el cumplimiento de las indicaciones.

²⁷ Libertad Martín Alonso (2004 citado en Granados, 2009, 2)

- *Creencias personales:* Cuando los sujetos creen que las recomendaciones para seguir el tratamiento producen beneficios para la salud, muchas veces, están más dispuestos a cumplir con las mismas.

Normas culturales: En muchas ocasiones, los sujetos pertenecen a una cultura cuyas creencias y valores no concuerdan con las prácticas propuestas por el tratamiento médico.

Interacción profesional-paciente:

- *Comunicación verbal:* Posiblemente, uno de los factores más importantes en la falta de cumplimiento es un déficit de comunicación verbal entre el terapeuta y el sujeto. Se considera que éste está menos dispuesto a colaborar cuando la información que recibe por parte del profesional presenta cierta carga emocional o es insuficiente.
- *Características personales del profesional:* Las personas están más dispuestas a seguir el tratamiento cuando el profesional presenta una actitud cálida, comprensiva, amistosa y preocupada por el bienestar de quien consulta.

Por otra parte, se ha pensado que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que combina conocimientos, creencias sobre la enfermedad, motivaciones y procesos volitivos que se ponen en juego a la hora de recuperar la salud; teniendo en cuenta que esto surge luego de ser diagnosticada la enfermedad.

En los últimos tiempos se ha comenzado a oír sobre la **salud conductual** que pone énfasis en la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad en gente saludable, y no tanto en sujetos con una enfermedad ya instalada. Incluye la prevención de daños, la adherencia al tratamiento en dieta y ejercicio físico, el abandono de hábitos insalubres como el tabaquismo o el alcoholismo; centrándose especialmente en la responsabilidad individual en el control de la salud en lugar de caer en la rehabilitación. (Matarazzo, 1994)

Otro de los términos comúnmente utilizados en relación a este tipo de enfermedades crónicas es el de **resiliencia**. Este concepto es extraído de la física y se refiere a la capacidad que tiene un cuerpo físico de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones. Luego fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer o vivir

en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas. (Rutter 1993).

Las diferentes definiciones del concepto de resiliencia enfatizan las características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, y habilidades cognitivas; todas desplegadas frente a situaciones vitales adversas o estresantes como son las enfermedades crónicas.

Además, se destacan dos elementos cruciales: la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere naturalmente en el desarrollo: depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos y las adversidades del medio. Algunos autores distinguen en el concepto de resiliencia la capacidad de afectarse o de ser vulnerable frente a situaciones adversas o dolorosas, de resistir frente a dichas situaciones y de construir positivamente frente a la adversidad.

Este concepto, aplicado a la continuidad del tratamiento por parte del sujeto, se utiliza para enfrentar los *factores de riesgo* que este pueda presentar: “cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud” Silva (2005), como en este caso son el sedentarismo, la obesidad, la escasa educación diabetológica, etc. Para ello, el modelo de resiliencia utiliza los *factores protectores* considerados mitigantes del riesgo. Son las fuerzas internas y externas que se relacionan con respuestas positivas ante el tratamiento, el carácter autónomo a la hora de tomar decisiones respecto de su bienestar, las habilidades comunicacionales y de apertura, el sentido del humor, el apoyo social, las creencias religiosas que promuevan la unidad familiar, la creatividad, la tolerancia a la frustración, la anticipación y el planeamiento, el pensamiento crítico, y los contextos que favorezcan el desarrollo de nuevas destrezas.

Brannon L. (2001, 134) explica que “desde hace unos años se observa que los pacientes diabéticos mejor ajustados pertenecen a familias que presentan una orientación alentadora, donde existe poco conflicto y sin un control muy rígido”. Es decir que el apoyo social tiene una influencia positiva sobre la salud en diabéticos tipo II que refuerza las conductas adecuadas en cuanto al autocuidado.

Desde la Psicología de la Salud se han señalado variables de naturaleza social, psicológica y médica, determinantes o influyentes en las conductas de cumplimiento y cuidado en los tratamientos, pudiendo observarse tres grandes dimensiones de análisis (Granados, 2009):

En primer término, las características de la enfermedad pueden obstaculizar en diferentes niveles el seguimiento del tratamiento. La diabetes presenta agravantes al ser una enfermedad que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y que necesita de tratamiento durante toda la vida. La complejidad de este implica importantes cambios en los hábitos cotidianos, requiere de la colaboración familiar y de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos. Además las complicaciones en esta enfermedad (Frojan Parga y Rubio Llorente, 2004) 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.

En segundo término, pueden localizarse características personales o factores psicosociales tales como edad, género, rasgos de personalidad, creencias, actitudes, atribuciones, locus de control y apoyo social.

Finalmente la interacción médico-paciente, se constituye en otro de los factores que pueden incidir negativamente en la adhesión; la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales, y las características de las comunicación que establece con el médico, el grado de comprensión de la información que se le transmite sobre el tratamiento, constituyen un primer paso para la consecución de los tratamientos.

El rol del psicólogo en el autocuidado

En este punto, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre el autocuidado en sujetos diabéticos. En su mayoría suelen ser de características cognitivo conductuales.

Los aportes brindados desde el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales señalan que la información es un prerequisite pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta, siendo además débil la relación entre información y motivación. En tanto que las habilidades

conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas.

El modelo de la teoría social cognitiva de Bandura sugiere que cualquier cambio de conducta se funda en la creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado, denominada autoeficacia percibida, esencial para predecir si el sujeto se ajustará a las prescripciones del tratamiento y podrá controlar sus glucemias. (Ortiz, 2007).

Por otro lado, la teoría de la acción razonada explica que el mejor predictor de la conducta de autocuidado es la intención de llevarla a cabo mientras que el modelo de creencias en salud indica que esto depende del grado de motivación sobre su salud, la autopercepción de vulnerabilidad, si percibe la enfermedad como amenazante, estar convencido de que el tratamiento es eficaz y si posee dificultades para la puesta en marcha de las conductas de salud.

Los últimos estudios respecto a estas líneas dicen que aquellos diabéticos que toman en serio su enfermedad suelen ajustarse perfectamente al tratamiento y sujetos no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas.

El modelo transteórico propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Prochaska, 1992):

- *Precontemplación*: cuando el individuo no tiene interés por cambiar o no advierte que tiene un problema.
- *Contemplación*: cuando el sujeto no está preparado para tomar decisiones en el presente pero sí podría hacerlo en el futuro.
- *Preparación*: cuando está considerando activamente cambiar su conducta en un futuro inmediato.
- *Acción*: el sujeto ha efectuado un cambio.
- *Mantenimiento*: se ha cambiado la conducta y se está activamente involucrado en sostenerla.

De acuerdo con esto, varios autores han concluido en que es posible predecir que los sujetos con diabetes que se encuentren en la etapa de precontemplación no colaboren con el cambio pero los que se encuentren en las de acción o mantenimiento ingieran menos alimentos hipercalóricos, coman frutas y vegetales, visten frecuentemente al médico, fumen menos, hagan ejercicio o presenten menos problemas psicológicos.

En el trabajo con el sujeto, es necesario que el psicólogo diagnostique claramente la interacción entre la persona y la enfermedad, el soporte familiar y social recibido y la etapa evolutiva en la que se da. Además, debe tener en cuenta

el tipo de adaptación que lleva a cabo, los recursos con los que trabaja para enfrentar la enfermedad, qué expectativas tiene en relación a sus logros y con quién se compara.

El plan de trabajo en relación al tratamiento deberá contemplar la brecha existente entre las expectativas del individuo y la percepción de la situación actual, para establecer la magnitud de las metas a elaborar, siempre de manera conjunta y en función de las posibilidades y requerimientos de quién consulta.

Las técnicas habitualmente empleadas para la evaluación de la adhesión terapéutica han sido el autoinforme (incluyendo los autorregistros), el informe de personas cercanas (normalmente familiares) y las mediciones bioquímicas, en las que se utiliza un parámetro bioquímico como indicador de ajuste a las prescripciones (normalmente el nivel de hemoglobina glicosilada o el nivel de glucosa en sangre).

En estos modelos, las estrategias conductuales más exitosas para lograr la adherencia al tratamiento son: las instrucciones específicas acerca de lo que se debe hacer, el entrenamiento en habilidades para desarrollar conductas relacionadas con el tratamiento, señalamiento de conductas específicas, adecuar las indicaciones a las necesidades del paciente, colaborar en la motivación para lograr aproximaciones a conductas de salud, automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento y refuerzo de conductas nuevas deseables (Oblitas 2004).

En los casos de la dieta y el ejercicio físico, generalmente se tiene en cuenta lo siguiente:

Si el mantenimiento del plan alimenticio es dificultoso para el sujeto o este comienza a ganar el peso perdido, se ha trabajado con el refuerzo de aquellos comportamientos saludables y no tanto de las consecuencias de dichos comportamientos. También, desde los modelos cognitivo-conductuales se incluyen programas posteriores que incluyen apoyo social, el incentivo por el ejercicio físico aeróbico y un contacto asiduo con el terapeuta.

Ahora bien, cuando el mantenimiento de la pauta del ejercicio físico se ve más comprometido, los anteriores programas suelen utilizar enfoques multimodales: el reforzamiento de comportamientos saludables, la firma de contratos, el autocontrol, la instrucción, el modelado, el establecimiento de objetivos, el aumento de la percepción de autoeficacia, la prevención de recaídas, entre otras.

Por otro lado, se sabe que la diabetes necesita de una educación continua que le permita al sujeto adaptarse a los cambios y complicaciones que la enfermedad propone. La asistencia en este caso implica una educación individualizada y

grupal (dirigida a la familia y el entorno). Desde hacen dos décadas, en nuestro país el sistema sanitario utiliza las *técnicas de autocuidado* que estimulan el conocimiento y la responsabilidad de los implicados en el proceso. A través del trabajo transdisciplinario, se brinda educación para la salud en: cuidados con los pies, actividades físicas, planificación alimenticia, uso adecuado de la medicación, orientación a participar en la Asociación de Diabéticos de la ciudad, creada por los sujetos junto a los profesionales.

Sobran los argumentos que contribuyan a efectuar intervenciones desde el punto de vista psicológico que colaboren a que los sujetos con diabetes adquieran o se acerquen más a las conductas de autocuidado. Esto no se trata de un mero acompañamiento, sino del uso de la psicología como ciencia aplicada a diagnóstico, al tratamiento y seguimiento adecuado de cada sujeto. Sin embargo, es necesario tener en claro que si, en este terreno, el enfoque de trabajo no es transdisciplinario, es decir que incluya a todos los profesionales a cargo de esta temática y entre ellos circule un trabajo conjunto, cualquier intervención no será del todo eficaz.

De la práctica, la ley y la ética

En todos los lugares existe un marco normativo ético que se denomina deontológico y que se expresa como los deberes del profesional y los derechos del paciente. La Bioética, definida como²⁸ *el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta se examina a la luz de los principios y valores morales*, contiene los principios de beneficencia y no-maleficencia (primero no hacer daño, promover y hacer el bien, prevenir y remover el mal), autonomía (respeto por el gobierno propio y la autodeterminación de las personas) y justicia (precepto ético del orden social y estructura moral básica de la sociedad que condiciona la vida de los individuos).

En Mendoza, la ley de ejercicio profesional del psicólogo 5045, en el capítulo VI trata las áreas ocupacionales de la psicología. En este punto se hará hincapié en el

²⁸ Costa, J. para SAD (2009, 201)

segmento que hace referencia a la prevención y promoción de la salud en la clínica psicológica:

Son obligaciones del psicólogo:

1. La orientación y asesoramiento psicológico realizado a través de la utilización de métodos y técnicas propias de esta ciencia que tenga por objetivo promover el desarrollo armónico de la persona, la familia y las instituciones.
2. La intervención psicológica en momentos de crisis individual, grupal o institucional con la finalidad de evitar situaciones patológicas.
3. Guía y orientación psicológica en las distintas etapas del desarrollo evolutivo.
4. La participación en grupos interdisciplinarios.
5. La implementación de programas a nivel de la comunidad para promover la salud mental de la población.

Específicamente en la diabetes, no debemos olvidar que la educación es esencial para los pacientes diabéticos y constituye un derecho recogido en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Declaración de Helsinki. Boletín de la Asociación Médica Mundial, 2000).

Con esto, lo que se busca es la toma de conciencia acerca de las obligaciones del psicólogo para con la clínica de las enfermedades crónicas como es el caso la diabetes además de la confidencialidad, la veracidad y el respeto por quién consulta.

La Psicología, como disciplina científica, juega un papel fundamental a la hora de favorecer la adaptación a las condiciones del tratamiento tanto en la diabetes como en otras las enfermedades crónicas. El trabajo se centra en:

- estar actualizado y en formación continua sobre este tipo de padecimientos cada vez más frecuentes en la sociedad actual.
- diagnosticar de manera concisa la situación problema y los recursos con los que cuenta cada sujeto que consulta, si ha resuelto el duelo por la pérdida de su salud, si ha asumido la enfermedad como tal, si lleva a cabo conductas de riesgo que pongan en peligro la estabilidad de su enfermedad e inclusive su propia vida.
- evaluar las posibles soluciones y sobre todo elaborar metas comunes que incluyan lo que cada sujeto está dispuesto a hacer y modificar.
- optimizar las destrezas, habilidades y puntos saludables de cada persona y discriminar las oportunidades que la enfermedad puede haber propiciado.
- trabajar con las redes próximas en las que está inserto cada sujeto: familia, trabajo, amigos, etc.

- desarrollar aspectos motivacionales de manera que las personas sean capaces de organizarse en torno a las metas de la terapia y puedan adaptarse con su enfermedad a la vida cotidiana.
- de manera transdisciplinaria, optimizar el sistema de apoyo profesional (médicos, nutricionistas, enfermeros, entre otros) mejorando la comunicación entre los mismos.
- familiarizar al sujeto con todos los segmentos de su tratamiento con el objetivo de lograr la adaptación necesaria y concebir a esta nueva forma vida, como parte del continuo de sus actividades.
- fomentar la prevención y la promoción de la salud en todos los ámbitos e instituciones en los que se desenvuelva.

Si no entendemos a la psicología como ciencia ni al psicólogo como agente efectivo de cambio, no es posible crear el compromiso que hoy en día se necesita para poder responder a las demandas y requerimientos de la sociedad vertiginosa en la que vivimos. No se trata de lo que podemos hacer sino de lo que, como profesionales, debemos hacer.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1) Objetivos del trabajo

Fueron de mi interés aquellos aspectos de la conducta, emociones, pensamientos, motivaciones, entre otras variables en los sujetos con Diabetes tipo II que tenían estrecha vinculación con el cuidado en aquellos puntos de mayor dificultad en el tratamiento: la dieta y el ejercicio físico. Éstos son disímiles a otros factores como por ejemplo la asistencia a los controles médicos o el consumo de la medicación hacia los cuáles existe mayor adherencia.

Estos indicadores son los que me encaminan a la continuación del estudio de esta temática, con el objeto de favorecer proyectos en salud que mejoren la calidad de vida de aquellos sujetos con disfunciones glusémicas de este tipo.

Los objetivos específicamente son:

- Investigar las variables que propician los autocuidados en las dimensiones de dieta y ejercicio físico en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II que poseen valores de control metabólico que se encuentren dentro de los niveles normales.
- Conocer los significados atribuidos a las dimensiones de dieta y ejercicio físico en los mencionados sujetos.
- Favorecer la adquisición de nociones relacionadas a la promoción y prevención de la salud en personas con Diabetes tipo II.

2) Diseño de Investigación

En este caso se trata de una investigación de tipo *cuantitativa* en un inicio, ya que se fundamenta en un proceso más que nada inductivo que busca explorar,

describir y analizar para luego generar perspectivas teóricas que, en esta oportunidad, lleven a un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan; siendo este trabajo enmarcado dentro de los estudios narrativos. Dicha investigación engloba la recolección de los datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Son de interés los sujetos en sí mismos y su entorno. En este proceso, el investigador reconstruye la historia del individuo o la cadena de sucesos en los que está interesado, posteriormente la narra bajo su óptica y describe sobre la base de evidencia disponible identificando categorías y temas emergentes en los datos narrativos. Hernández Sampieri (2006).

En un segundo momento, se apeló a procedimientos cuantitativos para el análisis de la información por lo tanto, el enfoque general ha sido cuantitativo o mixto.

El elemento clave de los datos narrativos lo constituyen las experiencias personales, grupales y sociales de los actores o participantes; y cada narración debe incluir una cronología de experiencias y hechos.

En este caso, y según Mertens (2005), se trata de un estudio narrativo de tópicos ya que se encuentra enfocado en temáticas específicas como son la dieta, el ejercicio físico, y los comportamientos de salud de los sujetos.

Las conclusiones a las que se arriba en este trabajo son sólo válidas para el grupo evaluado y no generalizables ni representativas de otras poblaciones.

3) Características de los sujetos participantes

La muestra se obtuvo de un grupo de personas con diabetes que reciben asistencia médica en un consultorio endocrinológico privado²⁹. Se trata de 14 sujetos con Diabetes Mellitus tipo II (adultos) con más de 5 años de evolución de su enfermedad, y un buen control metabólico. Para esto último se solicitó a la doctora conocer los niveles de hemoglobina glicosilada de cada uno de los sujetos. Se trata de una prueba de laboratorio que se utiliza para saber si el control que

²⁹ Dra. Mariana Rezzónico

realiza el paciente sobre la enfermedad ha sido bueno durante aproximadamente los últimos tres meses.

4) Instrumentos

- Entrevista en Profundidad

Además, se llevará a cabo la técnica de *Entrevista en Profundidad*, en la cual el entrevistador solicita información a otra persona para obtener datos sobre un tema determinado. Alonso (1994, 225-226)³⁰ ha definido a las entrevistas en profundidad como “procesos comunicativos de extracción de información, por parte de un investigador... Dicha información se encuentra en la biografía de la persona entrevistada, lo cual implica que ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación o interpretación que muchas veces resulta más interesante e informativa que la exposición cronológica de acontecimientos”.

A grandes rasgos, los temas que se indagarán en la entrevista tienen que ver con los cuidados que los sujetos participantes han tenido con respecto a la dieta y el ejercicio físico, las conductas, emociones y cogniciones que han experimentado a lo largo de la adaptación a la enfermedad, las dificultades u obstáculos que han sorteado, el apoyo social que han recibido, y los significados que le atribuyen a los autocuidados. (ver anexo)

✓ Redes Semánticas Naturales

Se utilizará la técnica de *Redes Semánticas Naturales* con el objetivo de evaluar el significado psicológico de ciertos conceptos de manera válida y confiable y dar una explicación acerca de las relaciones entre los nodos conceptuales que componen la red (Figuroa, 1980; citado por Valdez, 2004). El significado psicológico está compuesto por las ideas del sujeto que conforman una unidad natural que propicia o estimula la conducta de un sujeto o grupo; y así también el conocimiento se construye en forma de red y de manera jerárquica.

Figuroa, Gonzales y Solís (1981) explican que la técnica de redes semánticas es una opción para evaluar ese significado dado que la forma de organizar la información en la memoria a largo plazo es una red que combina palabras y

³⁰ Alonso (1994 citado en Valles, 2003, 194)

eventos generando el significado de un concepto que refleja dentro de sí el universo y esfera cultural de cada sujeto. Por eso, cuando se le solicita expresar palabras (definidoras) relacionadas a un concepto, la técnica toma un carácter “natural” porque lo que se obtiene son palabras del lenguaje natural, una red semántica.

En este caso se solicitará a los sujetos que expresen como mínimo 5 y como máximo 10 palabras relacionadas con dieta y se realizará el mismo procedimiento con el ejercicio físico.

5) Procedimiento

La administración de los instrumentos de evaluación se realizó de manera individual en un consultorio y de manera privada. Previamente se explicó en qué consistía el trabajo y a cada uno de los sujetos se le solicitó, bajo un consentimiento informado, la participación voluntaria en la investigación y se propuso finalizar con una devolución de los resultados, a modo de taller, una vez terminado el proceso.

Posteriormente se indagaron ciertos datos como el nombre, edad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y el valor de hemoglobina glicosilada de los últimos tiempos. Luego se procedió a la aplicación de las técnicas de evaluación; primero la entrevista en profundidad y luego la redes semánticas naturales. Al finalizar se agradeció por la colaboración brindada para la realización de la tesis.

Recolección y análisis de datos

A. Entrevista en Profundidad

En primera instancia se procedió a la toma de la entrevista en profundidad y se solicitó autorización al sujeto para poder ser grabada en un dispositivo USB con el objetivo de poder desgrabarla a posteriori para el análisis de los datos.

La entrevista es de carácter semidirigido donde las dimensiones de análisis (relación del sujeto con su salud, dieta y ejercicio) fueron las guías que marcaron la indagación de variables personales que pueden o no favorecer los autocuidados en los sujetos con diabetes.

Para el análisis de los datos se utilizó un criterio temático. La unidad de registro fue la frase. Por ejemplo:

...he sido muy deportista, de comer sano y eso.

A partir de esto, las entrevistas fueron categorizadas gracias a un procedimiento mixto, tanto inductivo como deductivo. En la categorización se emplearon dos procesos inversos: el procedimiento de *casillas*: se proporciona el sistema de categorías y los elementos se distribuyen de la mejor manera posible a medida que se los encuentra (la organización emana directamente de los fundamentos teóricos); y el procedimiento por *montones* cuando la categorización es resultante de la clasificación progresiva de los elementos y no se define hasta el final de la operación (Bardin, L. 1996).

Los dominios temáticos que se emplearon son:

- ✓ La relación del sujeto con su salud
- ✓ Dieta
- ✓ Ejercicio físico

Relación del sujeto con su salud: Al inicio de la entrevista se indagaron las categorías:

- *Importancia que le da cada sujeto al cuidado de su salud*, si es elevada, moderada, baja o nula. Esta última opción es muy poco factible en sujetos con buen control metabólico.
- Si el sujeto sabe que posee un buen *control metabólico* de su enfermedad y cómo ha experimentado esa estabilidad sobre todo a nivel físico. Se observan si la experiencia es positiva o negativa.
- Si la persona ha tenido *hábitos de salud* con el objeto de indagar si existen desde antes de diagnosticada la enfermedad, después, si se han mantenido en el tiempo, si están asociados a otras enfermedades o son prácticamente inexistentes (conductas de riesgo).

Dieta y Ejercicio Físico: Para ambas dimensiones del tratamiento se utilizan las mismas categorias:

- *Conductas:* Se trata del repertorio de acciones que han llevado a cabo en relación a la dieta y ejercicio, concretamente, qué ha hecho el sujeto en cada una de las dimensiones. Se señalará si se trata de conductas de riesgo o de salud o si éstas se presentan de manera variable.
- *Emociones:* Lazarus (1993) indica que las emociones están vinculadas a las variaciones inmunológicas y por ende a la enfermedad y juegan un papel importante en la determinación del éxito o fracaso de las acciones llevadas a cabo por el sujeto. Aisenson Kogan (2002) explica que si bien las emociones son de aparición intensa y breve, la amenaza a la que se enfrentan puede durar toda la vida y dichas emociones posiblemente permanezcan sin variaciones durante largo tiempo. Como en este caso la diabetes es una enfermedad crónica, las que despierta emociones son necesariamente duraderas y por ese motivo se trabaja con emociones y no con sentimientos. Se las clasificará primero como positivas o negativas y luego, según la sistematización de Plutchick (1980) se las dividirá en: temor, tristeza, alegría, aceptación, aburrimiento, fastidio, enojo, dolor, desprecio, optimismo e ira.
- *Pensamientos:* Respecto de la cognición, se evaluará el pensamiento en relación a la solución de problemas y de esta manera se observará si el pensamiento es divergente, es decir, si se aleja de las soluciones o conocimientos convencionales para desarrollar nuevas soluciones; o si es convergente, cuando aplica el conocimiento existente como punto de partida para la solución correcta de un problema (Barón, 1996). También se puntualizará el contenido del pensamiento y si se corresponde o se confunde con la emoción anterior.
- *Motivaciones:* Se determinará si la motivación es intrínseca en el caso en que la conducta se lleve a cabo por la actividad en sí misma; o si es extrínseca cuando la motivación se deriva de las consecuencias de la actividad, es decir, para obtener o evitar algo.
- *Organización de la actividad:* Se observará si el sujeto se organiza o no para llevar a cabo la dieta o el ejercicio. En este punto se observa si posee horarios determinados, si dispone de los alimentos requeridos, si prepara sus comidas y si estas son diferentes de las del resto de la familia.
- *Apoyo social:* Se trata del grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a través de la interacción con otros (Morales, J.

2001). Como en este punto existen innumerables clasificaciones, sólo se trabajará con la conducta específica de apoyo: apoyo emocional (escuchar confidencias, expresar preocupación o interés), apoyo informacional (asesoramiento, consejos) y apoyo tangible (hacer algo concreto en relación con un problema de otro).

A partir de la anterior categorización se procedió a elaborar un cuadro de registro con el cual se observaron correspondencias, relaciones y diferencias entre los casos estudiados.

B. Redes Semánticas Naturales

La técnica se administró de manera individual y se explicó detalladamente la consigna con el objetivo de evitar errores de comprensión.

Se solicitó a los sujetos, que citaras una serie de palabras (mínimo 5 y máximo 10) relacionadas a dos conceptos estímulo: dieta y ejercicio físico. Posteriormente se requirió que jerarquizaran dichas palabras, partiendo de la importancia que los sujetos atribuyan a cada uno de los conceptos que dieron como definidores con la finalidad de que se conozca el significado que se tiene de dicho fenómeno.

El análisis de los resultados se realiza a través de la obtención de cuatro valores esenciales:

- *Valor J*: Indica la riqueza semántica de la red, ya que a mayor cantidad de palabras definidoras, mayor es dicha riqueza.
- *Valor M*: Señala el peso semántico obtenido para cada palabra definidora.
- *Valor FMG*: Indica en términos de porcentaje, la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras del conjunto SAM.
- *Conjunto SAM*: Constituido por las quince palabras definidoras que obtuvieron mayores valores M totales. Se trata del núcleo central de la red, el centro del significado del concepto.

Tanto con el material obtenido de la entrevista en profundidad como de las redes semánticas se complementará la información a través de la triangulación de los datos ofrecido por ambas técnicas.

6) Presentación, análisis y discusión de resultados

A. Entrevista en Profundidad

Presentación de los datos

Tabla 1: Dominio temático: RELACIÓN DEL SUJETO CON SU SALUD

RELACIÓN DEL SUJETO CON SU SALUD														
SUJETOS	IMPORTANCIA EN EL CUIDADO DE SU SALUD				CONTROLES			HÁBITOS						
	Elevada	Moderada	Baja	Nula	Control Met.	Experiencia			Conductas de Salud				Ctas de riesgo	
						+	-	=	Pre diag.	Post diag.	Manteni- miento	Otras enferm.	Pre diag.	Post diag.
CASO 1	x				x	x				x	x	x	x	
CASO 2	x				x			x	x		x	x		
CASO 3			x		x		x	x					x	x
CASO 4	x				x			x		x	x	x		x
CASO 5	x				x	x			x		x	x		
CASO 6		x			x	x				x	x		x	
CASO 7	x				x			x	x		x		x	
CASO 8	x				x	x			x		x		x	x
CASO 9	x				x		x			x	x			
CASO 10		x			x	x				x			x	
CASO 11	x				x	x				x	x		x	
CASO 12		x			x	x			x	x	x			
CASO 13	x				x	x			x	x	x			
CASO 14	x				x			x		x	x	x	x	
Frecuencia	10	3	1	0	14	8	2	5	6	9	12	5	8	3

Tabla 2: Resumen de los datos suministrados por la tabla 1.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA		FRECUENCIA	%
Importancia atribuida al cuidado de la salud	Elevada		10	72%
	Moderada		3	21%
	Baja		2	14%
	Nula		0	0%
Controles	Control Metabólico		14	100%
	Experiencia	Positiva	8	57%
		Negativa	1	7%
		Indiferente	5	35%
Hábitos	Conductas de Salud	Antes del diagnóstico	6	42%
		Luego del diagnóstico	9	64%
		Mantenimiento	12	86%
		Relación con otras enfermedades	5	35%
	Conductas de riesgo	Antes del diagnóstico	8	57%
		Luego del diagnóstico	3	21%

En la tabla 2 se puede observar que, de la totalidad de sujetos que participaron en la investigación, el 72% expresa darle una importancia elevada al cuidado de su salud, el 21% revela un cuidado moderado, entendiéndose por esto que presentan escasos cuidados en alguna de las dimensiones del tratamiento; y sólo el 3%, que equivale únicamente a un sujeto, denota que la importancia que le atribuye al cuidado de su salud es baja. Ninguno de los participantes asumió no darle relevancia al cuidado de su salud.

Respecto al conocimiento acerca del control metabólico de la diabetes, todos los participantes admiten saber que poseen valores de hemoglobina glicosilada menor a 7, lo que se corresponde con un buen control de la enfermedad al menos en los últimos tres meses. Por otro lado, de la experiencia percibida del control metabólico se extrajo que el 57% de los sujetos advierten experiencias positivas sobre todo ligadas al bienestar físico en relación a estados anteriores de inestabilidad en los niveles de glucemia, sólo un sujeto (7%) lo vive de manera negativa y un 35% experimenta indiferencia respecto de la percepción de la estabilidad de sus glucemias. Eso quiere decir, que a nivel físico no distinguen cambios en el caso de glucemias elevadas y en ocasiones sí lo hacen en momentos en que las glucemias son más bajas de lo normal.

En relación a la categoría hábitos, el 42% de los participantes informó haber llevado a cabo conductas de salud antes conocer el diagnóstico de su enfermedad como son una dieta equilibrada, ejercicio físico, 7 u 8 horas de sueño, no consumir alcohol, etc. El 64% modificó sus modos de vida y presentó conductas de cuidado luego de saber que padecían diabetes. De todos los sujetos, el 86% mantiene hasta la fecha hábitos de vida saludables y un 35% de ellos ha adoptado conductas de salud gracias a la presencia de otras enfermedades como por ejemplo virus en el hígado, sinusitis crónica (infección que aumenta las glucemias), soriasis, entre otras.

Por último, es posible identificar que el 57% de los sujetos que colaboraron con el trabajo comunicó la presencia de conductas de riesgo previo al diagnóstico de la enfermedad, mientras que un 21% expresó hábitos que no conciben con la salud luego de conocer que tenían diabetes o las han mantenido a lo largo del tiempo, como por ejemplo tabaquismo o sedentarismo.

Análisis de los datos

Con la ayuda de la tabla 1, es posible establecer la relación entre ciertas categorías y subcategorías. Por ejemplo, todos los sujetos excepto uno (caso 9) que indicaron darle importancia elevada al cuidado de su salud han demostrado experiencias positivas o al menos no han notado diferencias relevantes con estados de salud respecto del control metabólico de su enfermedad en los últimos años. Los mismos sujetos, incluyendo el caso 9 han mantenido conductas de salud, sobre todo en dieta y ejercicio, a lo largo del tiempo posiblemente gracias a haber experimentado bienestar (sobre todo físico) en relación al control de sus niveles de glucemia.

Los sujetos que expresaron darle importancia moderada (3) al cuidado de su salud experimentaron de manera positiva el control metabólico, presentaron conductas de salud luego del diagnóstico pero 1 de ellos no ha sostenido los autocuidados a lo largo del tiempo.

Las personas que poseían conductas de salud antes de diagnosticada la enfermedad han experimentado el control de manera positiva o indiferente (sólo uno) y le dan importancia elevada al cuidado de su salud. Quienes mostraron conductas de salud reforzadas por otras enfermedades denotaron darle

importancia elevada al cuidado de su salud ya que se trata de enfermedades que requieren de una atención exhaustiva en la dieta, el ejercicio o la diabetes misma con el objetivo de no empeorar el cuadro.

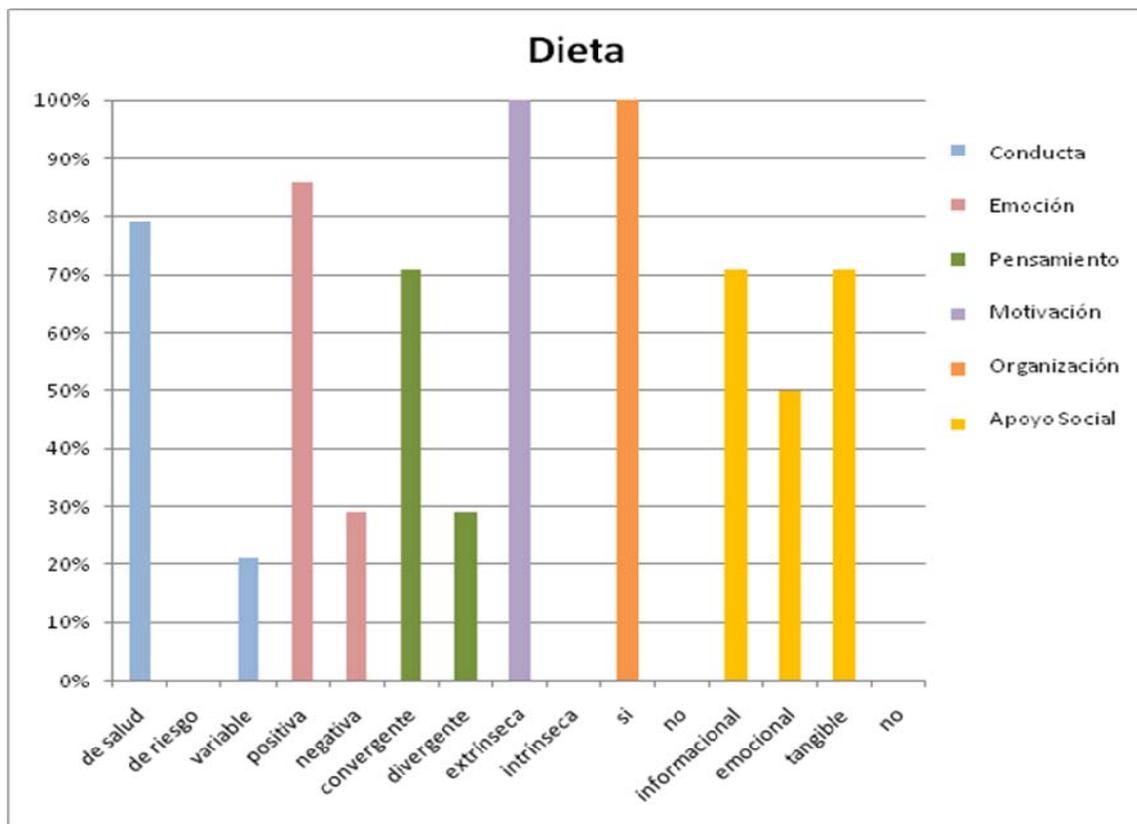
El 75% de los aquellos participantes que informaron conductas de riesgo antes del diagnóstico de la diabetes las abandonaron luego de que les fuera recomendado el cambio de hábitos. Esto puede tener que ver con evitar las consecuencias a largo plazo de la diabetes y con la necesidad de cuidar su salud.

Y por último, la única persona que reportó baja importancia en el cuidado de su salud, ha denotado una experiencia negativa en el sostenimiento del control de su enfermedad y conductas de riesgo (sedentarismo - tabaquismo) antes y después del diagnóstico; aún sabiendo que posee un buen control de sus glucemias. Sería interesante aumentar la casuística de aquellos sujetos que poseen naturalmente buen control de las glucemias pero no hábitos de vida saludables.

Tabla 3: Dominio temático: DIETA

DIETA															
sujeto s	CONDUCTA			EMOCIÓN		PENSAMIENTO		MOTIVACIÓN		ORGANIZACIÓN		APOYO SOCIAL			
	de salud	de riesgo	variable	+	-	converg	diverg	Intr.	extr.	si	no	si			no
												inform	emoc.	tangible	
CASO 1	x			x			x		x	x		x	x		
CASO 2	x			x		x			x	x		x	x	x	
CASO 3	x			x		x			x	x		x	x		
CASO 4	x			x		x			x	x		x		x	
CASO 5	x			x		x			x	x		x		x	
CASO 6	x			x	x	x			x	x		x	x	x	
CASO 7			x		x		x		x	x		x			
CASO 8	x			x		x			x	x				x	
CASO 9	x			x		x			x	x			x	x	
CASO 10	x			x	x		x		x	x		x	x	x	
CASO 11	x			x		x			x	x			x	x	
CASO 12			x		x	x			x	x		x			
CASO 13	x			x		x			x	x				x	
CASO 14	x			x			x		x	x		x		x	
Frec.	12	0	2	12	4	10	4	0	14	14	0	10	7	10	0

Gráfico 1: Porcentajes correspondientes a las categorías y subcategorías comprendidas en el dominio temático DIETA



Con la información suministrada por la tabla 3 y el gráfico 1 es posible identificar que la mayor cantidad de los sujetos participantes (86%) da a conocer conductas de salud para con la dieta mientras que el 14% restante presenta conductas variables, es decir conductas de salud que no se sostienen en el tiempo. Ninguno mostró comportamientos de riesgo en esta dimensión del tratamiento.

El 86% de las personas informó experimentar emociones positivas para con la dieta. En la misma categoría, el 29% puntuó la vivencia de emociones negativas en relación a esta dimensión. Cabe aclarar que dos de los individuos expresaron sentir emociones encontradas y por ello es que en la tabla 3 se indicaron ambas, tanto positiva como negativa (mixta).

En cuanto a la categoría pensamiento, se extrajo que, en su mayoría, los datos pertenecen a un modo divergente de resolver problemas. El 71% de los sujetos denotó recurrir a conocimientos ya existentes para la solución correcta del problema, en tanto el resto prefirió conocimientos originales o poco convencionales para plantear nuevas soluciones (29%) por ejemplo buscar la

estrategia más eficaz para que toda la familia cambie el modo de alimentación a la manera de prevención, constantemente rastrear combinaciones de alimentos que sean gustosos para evitar el aburrimiento o tomar la dieta como un desafío.

Todos los sujetos participantes indicaron en la entrevista en profundidad una motivación extrínseca y también expresaron organizarse a la hora de llevar a cabo la dieta.

Es importante destacar que las 14 personas poseen apoyo social, un 71% a modo informacional, un 50% emocional y otro 71% tangible, es decir, que algunos expresaron recibir apoyo en más de una propiedad.

Análisis de los datos

Ambas tablas nos permiten ver claramente que todos los sujetos que presentaron conductas de mayor salud han experimentado *emociones positivas*. Este punto fue indagado con profundidad y de las entrevistas se extrajo que las emociones más frecuentes son: aceptación, optimismo y satisfacción (ver anexo). Además, todos puntuaron *motivación extrínseca* sobre todo centrada en evitar las consecuencias a largo plazo de la diabetes y tener mejor calidad de vida. También enunciaron poseer pautas de organización a la hora de llevar a cabo la dieta ya sea con horarios determinados, teniendo los alimentos necesarios o cocinando comidas diferentes a las del resto de la familia. Por otro lado, todos menos el caso 13 y el caso 8, reciben *apoyo social* en más de un modo ya sea informacional (nutricionista, charlas de educación diabetológica), emocional y tangible (familia y amigos) y tres de los sujetos que demuestran conductas de salud vivencian los tres tipo de apoyo social.

A la hora de analizar los casos de conductas de salud variables, es posible vislumbrar que ambos asocian la dieta con emociones negativas tales como fastidio o enojo ante la monotonía y las prohibiciones (ver anexo); sin embargo, uno de ellos muestra un pensamiento divergente a la hora de realizar la dieta que puede estar asociado a la búsqueda de nuevas alternativas para evitar esas emociones. Estos sujetos también se corresponden con una motivación extrínseca

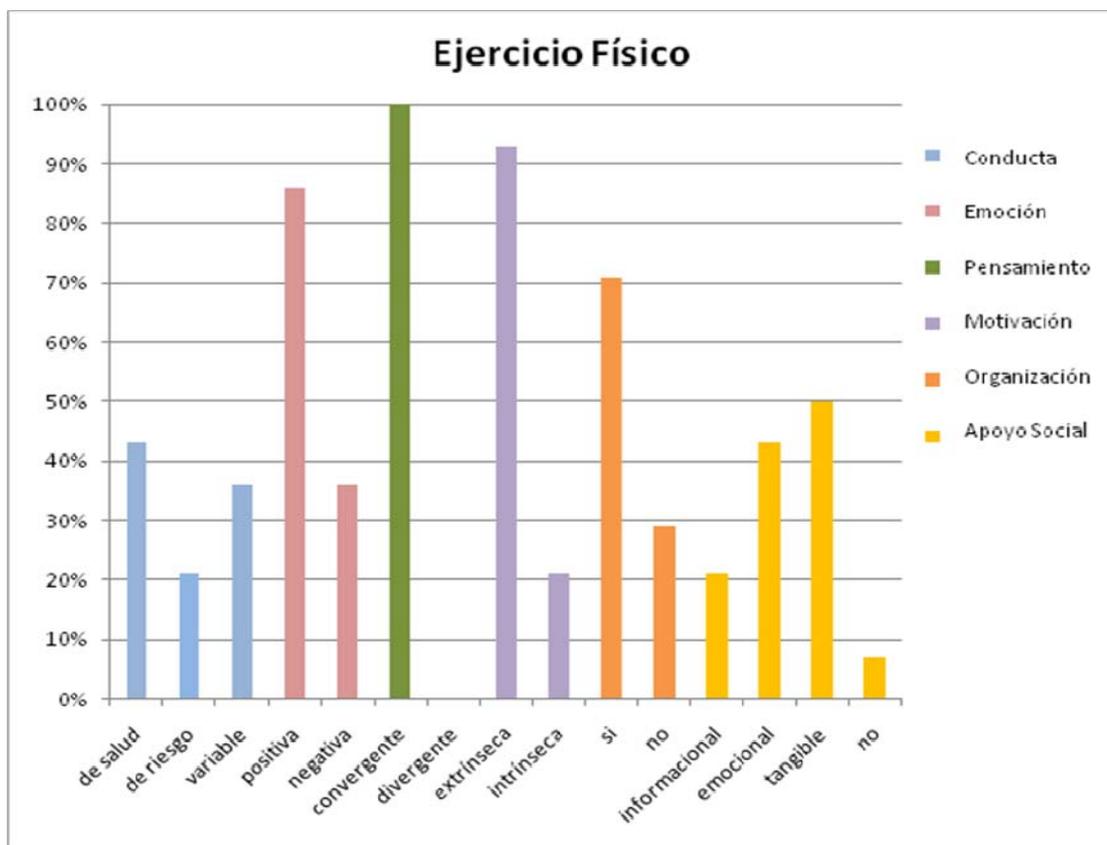
y organización al momento de efectuar el plan alimenticio. Es interesante ver que ambos sólo reciben apoyo social de tipo informacional.

Otro punto a tener en cuenta es que las personas que revelaron utilizar un pensamiento convergente también experimentaron emociones positivas a la hora de realizar la dieta (excepto caso 12) lo cual indicaría que no requieren de mayores esfuerzos cognitivos ni de creatividad porque la dieta no significa para ellos algo displacentero o necesario de modificar.

Tabla 4: Dominio temático: EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIO FÍSICO															
sujetos	CONDUCTA			EMOCIÓN		PENSAMIENTO		MOTIVACIÓN		ORGANIZACIÓN		APOYO SOCIAL			
	de salud	de riesgo	variable	+	-	convergen	divergen	Intr.	extr.	si	no	si			no
												inform	emoc.	tangible	
CASO 1	X			X		X			X	X			X		
CASO 2			X	X		X			X	X				X	
CASO 3		X			X	X					X		X		
CASO 4		X		X		X		X	X					X	
CASO 5	X			X		X		X	X	X				X	
CASO 6	X			X		X		X	X	X		X	X		
CASO 7			X	X	X	X			X		X			X	
CASO 8			X	X	X	X			X	X					X
CASO 9	X			X	X	X			X	X				X	
CASO 10		X			X	X			X		X	X			
CASO 11	X			X		X			X	X				X	
CASO 12			X	X		X			X	X			X	X	
CASO 13	X		X	X		X			X	X		X	X		
CASO 14				X		X			X		X		X		
Frec.	6	3	5	12	5	14	0	3	13	10	4	3	6	7	1
%	43%	21%	36%	86%	36%	100%	0%	21%	93%	71%	29%	21%	43%	50%	7%

Gráfico 2: Porcentajes correspondientes a las categorías y subcategorías comprendidas en el dominio temático EJERCICIO FÍSICO



Respecto al ejercicio físico es posible observar que la distribución de los porcentajes varía más que en el caso de los datos relacionados con la dieta. Los sujetos que muestran conductas de salud corresponden al 43%, los que presentan una conducta variable al 36% y ahora sí se presentan conductas de riesgo en el 21% de los participantes del trabajo, todas asociadas al sedentarismo.

Un porcentaje elevado (86%) de sujetos advierte emociones positivas a la hora de la práctica del ejercicio físico, mientras que un 36% experimenta emociones negativas. Tres de los catorce sujetos reporta tanto emociones negativas como positivas, por ejemplo: alegría – aburrimiento, aceptación – dolor, optimismo – aburrimiento.

En cuanto al pensamiento, en todos los participantes se observa que es convergente, al igual que con la motivación extrínseca (excepto en el caso 3 que nunca practicó ejercicio y no fue clara su respuesta respecto de esta categoría). En este último punto, tres ellos comentaron poseer ambos tipos de motivación, tanto

extrínseca como intrínseca ya que las razones que guían la actividad son el placer y el bienestar a corto y largo plazo que ésta les genera.

El 71% de las personas mostraron organización en la ejecución del ejercicio ya que poseen días y horarios establecidos para la práctica; y el 29% restante dice que no se organiza.

Por último y en relación al apoyo social, el 50% de los sujetos recibe apoyo tangible, el 43% apoyo emocional, el 21% informacional y el 7%, que equivale a un sujeto, no recibe apoyo social de ningún tipo. Además, sólo dos de los catorce sujetos recibe dos modos de apoyo social.

Análisis de los datos

A la hora de observar la distribución de los datos en la dimensión del ejercicio físico, es posible notar que todas las personas que presentan conductas de salud, asocian la práctica del ejercicio con emociones positivas tales como optimismo, satisfacción y aceptación (ver anexo), poseen pensamiento convergente y motivación extrínseca (dos de ellos intrínseca) y además se organizan en días y horarios para realizar el ejercicio.

Por otro lado, las personas que denotan conductas variables de salud también informaron experimentar emociones positivas y dos de ellas con emociones positivas y negativas al mismo tiempo. Poseen pensamiento convergente, motivación extrínseca y no presentan indicadores de organización respecto del ejercicio. Es importante aclarar que la subcategoría “variable” se relaciona con una práctica de ejercicios alternada, es decir, cuando no se ha adquirido el hábito por completo, por lo cual esto condice con los datos suministrados por la tabla 4.

Los sujetos que presentaron conductas de riesgo para con este dominio temático son solo 3 (21%). Cabe destacar que uno de ellos (caso 4) muestra conductas de riesgo en los últimos 4 meses debido a la presencia de un virus que le impidió la continuidad por eso es que puntúa emociones positivas, motivación extrínseca e intrínseca y organización. Los otros dos casos experimentaron emociones negativas como aburrimiento, rechazo, fastidio y dolor; poseen motivación extrínseca y no se organizan para la práctica (de todos modos actualmente son sedentarios) pero sí han recibido apoyo social de algún tipo.

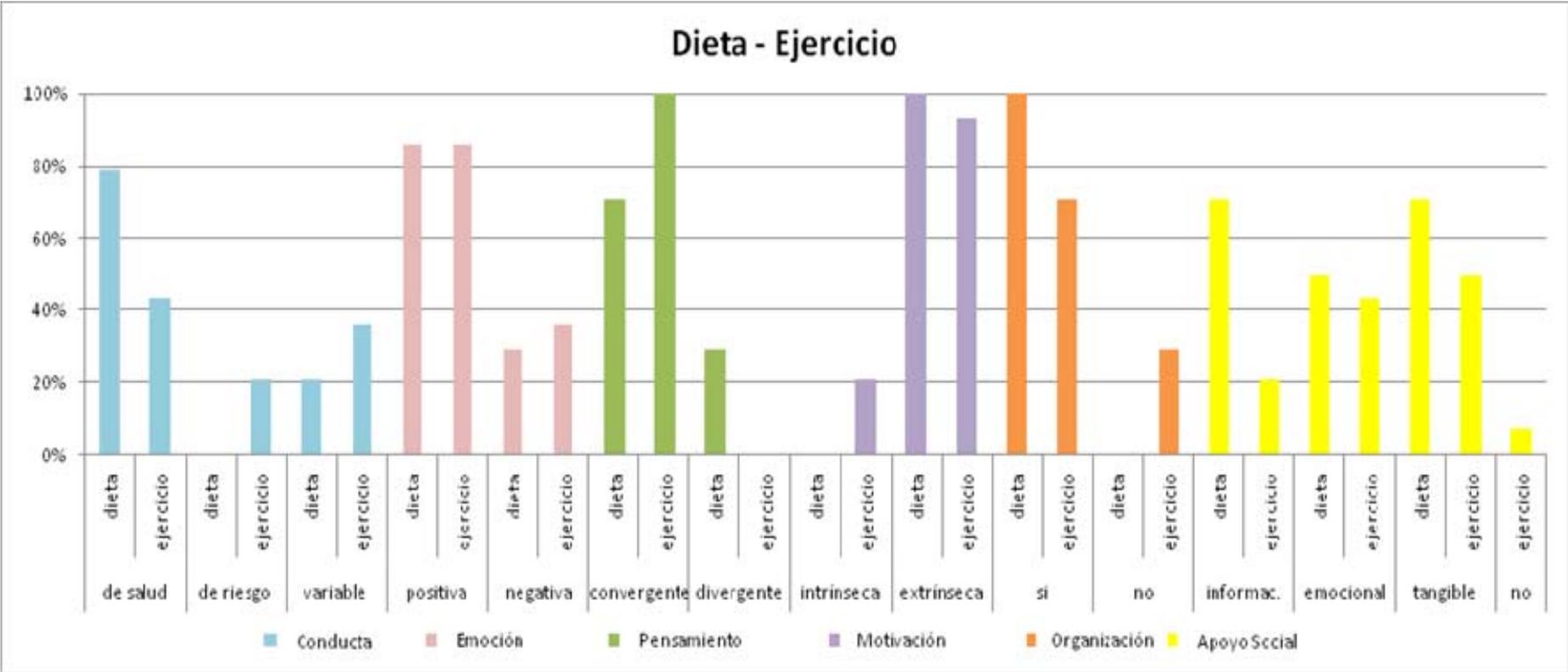
Un dato curioso es que el 100% de los sujetos que participaron en la investigación muestran un pensamiento convergente, es decir que aplican el conocimiento existente como punto de partida para la solución correcta de un problema, y también denotan motivación extrínseca destinada a evitar o lograr algo (pese a que en tres casos coexistan). Una hipótesis a trabajar a futuro sería si esto podría relacionarse con el tipo de emoción que experimenten o con el grado y modo de apoyo social que reciban ya que no existen antecedentes de investigación que revelen si es así o no.

Por último es importante destacar que, pese a que los datos relacionados con el apoyo social sean dispersos, el 50% de los sujetos comenta que recibe apoyo tangible, quiere decir que reciben acciones concretas (usualmente de la familia) que colaboran con la práctica del ejercicio por ejemplo, que los sujetos lleven a cabo el ejercicio en compañía de alguien.

Del gráfico 3 se extrae la comparación entre los datos obtenidos en las dimensiones de dieta y ejercicio físico.

- ✓ Conducta: El porcentaje de conductas de salud es mayor en dieta que en ejercicio físico. Los valores más elevados en las conductas variables y de riesgo pertenecen al dominio ejercicio físico.
- ✓ Emoción: Si bien en ambas dimensiones se registran las mismas proporciones para con las emociones positivas, en el caso de las negativas, el porcentaje es más elevado en el ejercicio.
- ✓ Pensamiento: El pensamiento convergente indica valores más elevados en el caso del ejercicio no siendo así en el pensamiento divergente que se presenta en mayor medida en la dieta.
- ✓ Motivación: Los valores más elevados en la motivación intrínseca se presentaron en el caso del ejercicio y los más altos en la motivación extrínseca fueron levemente los correspondientes a la dimensión dieta.
- ✓ Organización: Los sujetos que mostraron mayor organización se registran en el dominio dieta y los que denotaron menor organización en ejercicio.
- ✓ Apoyo social: Los porcentajes más altos en apoyo social informacional, emocional y tangible se dan en el caso de la dieta y quienes no reciben apoyo social se encuentran en el ejercicio.

Gráfico 3: Comparativa entre los porcentajes correspondientes a las categorías y subcategorías comprendidas en los dominios temáticos DIETA Y EJERCICIO FÍSICO



Discusión de resultados

Pese a que la diabetes es una enfermedad que permanece asintomática y es ese el motivo por el cual los sujetos no perciben sus signos o poseen dolor, es que trae importantes dificultades a la hora de llevar a cabo los autocuidados necesarios para prevenir cualquier complicación. Sin embargo, el grupo estudiado indicó que todos los sujetos (menos uno) que reportaron darle importancia elevada al cuidado de su salud han experimentado emociones positivas o bien no han notado diferencias con estados de salud respecto de la estabilidad en el control de sus glucemias en las últimas épocas. Es decir que, pese a no vivenciar complicación alguna, han llevado a cabo conductas de salud y las han sostenido en el tiempo. De todos modos es necesario especificar que cinco de ellos padecen de otros cuadros que obligan a extremar los cuidados sobre todo en la dieta y el ejercicio.

Ahora bien, en los casos que atribuyeron importancia moderada en el cuidado de su salud sucedió lo mismo que en los primeros, salvo que no han mantenido los cuidados en el tiempo o bien lo han hecho de manera intermitente.

Posiblemente, las consecuencias que se desprenden de las complicaciones a largo plazo de la diabetes hayan influido en el hecho de que el 75% de los sujetos que poseían conductas de riesgo antes del diagnóstico rotaran a conductas de salud y muchos de ellos lo sostuvieran hasta la actualidad. Por otro lado, es fáctico que tengan buen pronóstico aquellos que presentaban conductas de salud (42%) antes de conocer el diagnóstico de la diabetes y que las han mantenido hasta la fecha.

Es importante, a los fines de la investigación, observar que tanto en la dimensión de dieta como en la de ejercicio físico, aquellas personas que enunciaron efectuar conductas de salud experimentaron emociones positivas: 1) aceptación, relacionada con las condiciones de adaptación que la diabetes exige, 2) optimismo ya que informaron no tener dificultades y por el contrario estar conformes a la hora de realizar la dieta o el ejercicio y 3) satisfacción. Estas dos últimas emociones pueden corresponder con las etapas de acción y

mantenimiento que propone Prochaska (1992) para con el cambio en la adquisición de conductas saludables. Pueden ser emociones producto de la estabilidad en el control de la enfermedad y también de la visualización de los beneficios a largo plazo que, tanto la dieta como el ejercicio, propician en el caso de la diabetes.

Otro punto a tener en cuenta es que la motivación en ambos dominios es extrínseca y sobre todo centrada en evitar los efectos negativos anteriormente mencionados. Además, poseen en común pautas claras de organización tales como determinar horarios y días para la práctica de ejercicio, o disponer de todos los alimentos necesarios para la dieta, entre otras cosas; que no dejen al azar el cumplimiento de las prescripciones médicas en estas dimensiones del tratamiento.

En el gráfico comparativo se pudo observar que el porcentaje de conductas de salud es mayor en la dimensión dieta que en la de ejercicio físico al igual que en el caso del pensamiento de tipo divergente (búsqueda de nuevas alternativas de solución de problemas), la motivación extrínseca (centrada en lograr una mejor calidad de vida y evitar complicaciones), mayor organización y porcentajes de apoyo social más elevados. Esto se asocia a lo que Froján Parga y Rubio Llorente (2004) afirmaban: el ejercicio físico es uno de los segmentos del tratamiento de la diabetes más costosos por la necesidad de tiempo, el elevado esfuerzo, sobre todo en personas sedentarias, el escaso placer inmediato que se experimenta y la demora en los beneficios obtenidos por la práctica continua.

Unido a esto, existe una gran diferencia en el grado de apoyo social percibido. En el caso del ejercicio físico se dio en menor proporción que en la dieta donde se registraron de dos a tres tipos de apoyo en los sujetos que indicaron conductas de salud. Brannon (2001, 134) comenta que las personas con diabetes mejor ajustadas pertenecen a familias con una orientación alentadora y sin un control en extremo rígido, denotando que el apoyo social influye de manera positiva en el cumplimiento del tratamiento. Este es un punto interesante a investigar a futuro si los sujetos participantes experimentaran mayor grado de apoyo social, de los tres tipos ya que, según el modelo de información – motivación – habilidades conductuales, el modo informacional ha demostrado no ser suficiente para generar cambios en las conductas y motivaciones de los sujetos para con las indicaciones médicas.

Ahora bien, los sujetos que mostraron conductas de salud variables en la dieta experimentaron emociones negativas, tales como fastidio o enojo pero a la vez manifestaron organización en los horarios, comidas, etc. Sin embargo, en el ejercicio, las emociones fueron positivas y dos mixtas (positivas y negativas). Este es otro indicador de que, en estos sujetos y pese a que el ejercicio les resulte atractivo o por lo menos no displacentero, las emociones positivas no bastan para alcanzar un cumplimiento continuo.

Si bien son pocos los sujetos que utilizaron pensamiento divergente, han recurrido a la creatividad para resolver lo que les resulta poco agradable en relación a la dieta lo cual sería un buen modo de abordar el problema del aburrimiento y la monotonía que el plan alimenticio, con sus prohibiciones y restricciones propone. Algo similar ocurre con los escasos sujetos que manifestaron motivación extrínseca en la práctica del ejercicio. Éstos explicaron que lo efectúan porque les resulta placentero. Sería bueno también, proponer junto a un profesional, diversas actividades que engloben los modos que al sujeto más le sean atractivos.

Sólo una persona manifestó darle baja importancia al cuidado de su salud. La misma también se encuentra dentro del grupo indicó poseer conductas de riesgo en la dimensión ejercicio físico. Éstos han vivenciado emociones negativas como por ejemplo rechazo, aburrimiento, enojo o dolor, mantienen dichas conductas riesgosas hasta la actualidad, no se organizan para la práctica y conocen los efectos del ejercicio en la evolución de su enfermedad. Sería interesante trabajar con las motivaciones, emociones y el apoyo social no sólo informacional con estos sujetos para saber, si desde la salud, se puede propiciar el autocuidado en este punto.

B. Redes semánticas naturales

Presentación de resultados

Palabra estímulo: DIETA

Tabla 5: Conjunto SAM (dieta)

CONJUNTO SAM			
NUMERACIÓN	DEFINIDORAS	VALOR M	VALOR FMG
1	Salud	62	100%
2	Bienestar	32	52%
3	Concientización	29	47%
4	Cuidados	28	45%
5	Tranquilidad	26	42%
6	Sacrificio	19	31%
7	Necesaria	18	29%
8	Calidad	17	27%
9	Voluntad	16	26%
10	Horario	16	26%
11	Esfuerzo	16	26%
12	Equilibrio	16	26%
13	Habitualidad	15	24%
14	Constancia	15	24%
15	Molesta	12	19%

VALOR J = 60

Referencias:

- *Verde:* Núcleo del concepto
- *Naranja:* Atributos periféricos
- *Celeste:* Zona de significados personales

El valor J (riqueza de la red semántica) correspondiente a la palabra estímulo “DIETA” es 60. El conjunto SAM quedó conformado por las 15 palabras que obtuvieron mayor peso semántico (valor M) que son: salud, bienestar, concientización, cuidados, tranquilidad, sacrificio, necesaria, calidad, voluntad, horario, esfuerzo, equilibrio, habitualidad, constancia, molesta; ya que 15 palabras son más representativas de un concepto.

Por otro lado, para obtener el valor FMG (distancia semántica entre las diferentes palabras del conjunto SAM), se utilizó la siguiente forma de categorización: 100% para el núcleo de la red, del 42% al 52% para los atributos periféricos y del 19% al 31% para la zona de significados personales (Valdéz Medina, 2004).

Dentro de este conjunto SAM no se registraron atributos esenciales ni secundarios.

Análisis de los datos

Para obtener el valor J, se tiene en cuenta la cantidad de palabras definidoras que los sujetos han expresado. La gran mayoría logró sólo cinco palabras, es decir, el mínimo solicitado ya que opinaban que les resultaba difícil plantear más. De todas formas se puede señalar que las palabras definidoras fueron de amplia variedad, pese a que no se puede decir que la red incluya una gran riqueza semántica respecto a la dieta.

Es importante destacar que se obtuvo el núcleo de la red, representado por la palabra “salud”, pero no se registraron atributos esenciales, ni secundarios. Esto indica que del núcleo, pasamos a observar los atributos periféricos y la zona de significados personales, es decir, términos que se encuentran menos relacionados con la palabra estímulo o que representan los significados de la palabra estímulo no compartidos por los sujetos.

Entonces, la palabra con mayor peso semántico es “salud”, le siguen “bienestar”, “concientización”, “cuidados” y “tranquilidad”. En este caso podrían agruparse en conceptos que las incluyan a modo de organizar los datos: la palabra “salud” no se agruparía ya que el valor FMG es muy disímil en relación al resto de las definidoras; pero la palabra *autocuidado* podría contener a “concientización” y “cuidados”, mientras que *efectos del autocuidado* englobaría a “bienestar” y “tranquilidad”. El resto, que representa la zona de significados personales pueden dividirse en: *conductas específicas* para, “sacrificio”, “voluntad”, “horario”, “esfuerzo”, “habitualidad”, “constancia”; *cualidades de la dieta* para: “necesaria” y “molesta” y *objetivos de la dieta* para “calidad” (se refiere a calidad de vida) y “equilibrio”.

Discusión de los resultados

Como se ha mencionado anteriormente, la técnica de redes semánticas ofrece un medio científico para poder acceder a la organización de las cogniciones. Figueroa plantea que los datos almacenados se encuentran organizados en redes, donde las palabras o representaciones se relacionan y producen significados. Por lo cual, en un intento de decodificar estas relaciones es que puede pensarse lo siguiente: la palabra con mayor peso semántico y también la más distanciada del resto de las definidoras de la DIETA es “salud”. Esto puede tener que ver con que la salud representa un modo de comprender la vida, la productividad y el desarrollo tanto en sujetos con enfermedades como en aquellos considerados sanos; pero también es cierto que ante la pérdida sin retorno de la salud, los sujetos encuentren en la dieta un medio para acercarse lo más posible al estado de salud. Esto es susceptible de ser logrado desde sí mismo a través del autocuidado, expresado en la “concientización” y los “cuidados” necesarios a modo de estrategia para lograr asumir la diabetes como tal, incluir hábitos saludables y prevenir las complicaciones a largo plazo. Una observación interesante que se registró durante la toma de la técnica, es que los sujetos que anotaron la palabra concientización hicieron referencia a la visión a futuro respecto de la prevención en la diabetes sobre todo a nivel social. Comentaron que hoy en día, todos los ciudadanos deberían estar bien informados acerca de esta enfermedad ya que cada vez existen más probabilidades de padecerla.

Otro dato a tener en cuenta es que los efectos del autocuidado en la dieta generan, en la mayoría de estos sujetos, “bienestar” y “tranquilidad” que les asegura el control de su enfermedad. Como se dijo con antelación, ese bienestar es físico pero también es psíquico y se experimenta junto con la vivencia de tranquilidad ante la tarea cumplida, sobre todo en aquellos sujetos que confían completamente en la efectividad de la dieta para el control de sus glucemias.

El autocuidado implica conductas específicas y es aquí donde juega su papel la singularidad de cada sujeto: algunos vivencian que no pueden sostener el plan de alimentación sino con “voluntad”, “esfuerzo” y “constancia”, lo cual se ha planteado con anterioridad en el marco teórico y es el motivo por el cual la dieta comprende una de las dimensiones más difíciles de cumplir en el tratamiento en la diabetes; otros plantean “horarios” específicos para las comidas y establecen la

dieta como una “habitualidad” incorporándola al continuo del resto de sus actividades. Para muchos esto no es presa fácil y si bien entienden que las cualidades de la dieta comprenden el hecho de que es “necesaria”, la experimentan como un “sacrificio” o como una “molestia”, a sabiendas de que el objetivo último de la misma es el “equilibrio” (de sus glucemias) y la “calidad” de vida.

Presentación de resultados

Palabra estímulo: EJERCICIO FÍSICO

Tabla 6: Conjunto SAM (ejercicio físico)

CONJUNTO SAM			
NUMERACIÓN	DEFINIDORAS	VALOR M	VALOR FMG
1	salud	50	100%
2	caminar	34	68%
3	bienestar	32	64%
4	agilidad	30	60%
5	vida	28	56%
6	movilidad	25	50%
7	natación	20	40%
8	necesario	18	36%
9	obligación	18	36%
10	control	16	32%
11	yoga	16	32%
12	bicicleta	15	30%
13	sacrificio	15	30%
14	horario	14	28%
15	cariño	10	20%

VALOR J = 61

Referencias:

- *Verde*: Núcleo del concepto
- *Violeta*: Atributos secundarios
- *Naranja*: Atributos periféricos
- *Celeste*: Zona de significados personales

El valor J correspondiente a la palabra estímulo “EJERCICIO FÍSICO” es 61. El conjunto SAM quedó conformado por las 15 palabras que obtuvieron mayor peso semántico (valor M) y por lo tanto las más representativas del concepto, que son: salud, caminar, bienestar, agilidad, vida, movilidad, natación, necesario, obligación, control, yoga, bicicleta, sacrificio, horario y cariño.

Por otro lado, para obtener el valor FMG (distancia semántica entre las diferentes palabras del conjunto SAM), se utilizó la siguiente categorización: 100% para el núcleo de la red que corresponde a la palabra definidora “salud”, del 60% al 68% para los atributos secundarios: caminar, bienestar y agilidad; del 40% al 56% para los atributos periféricos: vida, movilidad y natación; y del 20% al 36% para la zona de significados personales: necesario, obligación, control, yoga, bicicleta, sacrificio, horario y cariño.

Dentro de este conjunto SAM, no se encuentran atributos esenciales.

Análisis de los datos

En relación a la obtención del valor J, equivalente a 61, sucedió lo mismo que el caso de la palabra DIETA, ya que se presentó una situación similar en cuanto a la dificultad planteada por los sujetos a la hora de expresar las palabras definidoras: la mayoría logró sólo cinco palabras. Por lo tanto la riqueza semántica se presenta de la misma forma que en el caso anterior.

El núcleo de la red quedó representado por la palabra “salud” y le siguen tres atributos secundarios y tres periféricos que no poseen demasiada distancia semántica entre sí por lo cual pueden ser agrupados en las palabras: *actividad* que encierra a las definidoras “caminar” y “natación”; y *efectos de la actividad* que engloba a las palabras definidoras “agilidad”, “movilidad”, “bienestar” y “vida”.

Los conceptos pertenecientes a la zona de significados personales se agruparán por separado ya que sí existe diferencia en el peso semántico que éstos poseen en relación a los atributos secundarios que ya han sido concentrados en otros grupos. Por lo tanto quedan consignadas a *conductas específicas* las definidoras “yoga”, “bicicleta”, “horario” y “control”; y a *atributos del ejercicio* las palabras “necesario”, “obligación”, “sacrificio” y “cariño”.

Discusión de resultados

Nuevamente la palabra “salud” pertenece al núcleo de la red, que es un buen indicador si el ejercicio, dimensión que menos adherencia registra, se asocia con hábitos saludables. Esto quiere decir, que si bien muchos de estos sujetos encuentran dificultosa la actividad física, la practican de vez en cuando o bien no se ejercitan, permanece en ellos la creencia de que el ejercicio puede conducirlos a una mejor calidad de vida. Esto posee estrecha relación con el tipo de actividad debido a que muchos mencionaron los modos de ejercicio que más los acercan a cumplir con el tratamiento y que coinciden con las recomendaciones usuales del médico como son la “caminata” y la “natación”, considerados los más completos a los fines de controlar los niveles glucémicos pero que a muchas personas no les son gratos. Lo provechoso de esto, es que la práctica de ejercicio físico continuada se vincula, en varios de estos sujetos con efectos alentadores como mayor “movilidad”, “agilidad” y “bienestar”, conceptos que se ligan con una mejor calidad de “vida” y acercan a los sujetos a niveles más elevados de salud.

Las conductas específicas reportadas se vinculan con el tipo de actividad que cada uno, de manera particular realiza, como “yoga” y “bicicleta” y también con la disciplina a la hora practicarlos como son los “horarios” y el “control”. Lo mismo

sucede con los atributos del ejercicio que se expresaron a modo de “obligación” y “sacrificio” y que se relacionan con concepciones ligadas al esfuerzo que la actividad física puede producir si no se realiza por mero placer, sino por necesidad (“necesario”).

Haciendo referencia a lo expuesto hasta ahora, un punto a investigar o poner en práctica es que si aquellos sujetos que no se ejercitan o lo hacen de manera variable pero que conocen perfectamente los beneficios del ejercicio, experimentarían otro tipo de motivaciones u otros modos de actividad que les parezcan atractivos, tal vez podrían llevar a cabo el ejercicio de manera continua.

Triangulación de datos

De la información suministrada por las entrevistas en profundidad, las redes semánticas naturales y en concordancia con el marco teórico, es posible extraer ciertas convergencias.

En el análisis de las entrevistas en profundidad, aquellas personas que enunciaron efectuar conductas de salud tanto en dieta como en ejercicio físico, experimentaron emociones positivas (aceptación, optimismo y satisfacción), lo cual puede ser producto de la estabilidad en el control de la diabetes. También mostraron poseer motivación extrínseca, sobre todo centrada en evitar las complicaciones a largo plazo de la enfermedad y manifestaron pautas claras de organización a la hora de establecer horarios y días para la práctica del ejercicio o la elaboración e ingesta de los alimentos correspondientes. En similitud a esto, en las redes semánticas se vislumbró que la palabra *salud* fue la de mayor peso semántico en ambas dimensiones del tratamiento. De esto pudo observarse que si bien la salud corresponde a un concepto susceptible de ser compartido con sujetos considerados sanos, la pérdida de la misma que padecen las personas con diabetes hace que busquen en la dieta y en el ejercicio físico (además de recurrir a la medicación, el automonitoreo, etc.) la forma de vincularse lo más posible a un estado de salud sostenido en el tiempo.

Es curioso que la palabra salud se exprese como núcleo de la red perteneciente al concepto estímulo ejercicio físico, teniendo en cuenta que esta es la dimensión del tratamiento que menos adherencia registra. Sin embargo este es un buen punto para el trabajo a futuro en aquellos sujetos que experimentan emociones positivas y conocen claramente los beneficios que el ejercicio propicia pero que aún no lo practican o por lo menos no de manera habitual; como es el caso de las personas que informaron conductas variables de salud en la entrevista.

Existe un indicador de aliento para el trabajo en prevención y promoción de la salud en sujetos que padecen diabetes tipo 2: de las redes se obtuvieron datos que señalan los tipos de conductas que suelen implementar los sujetos para alcanzar una mejor calidad de vida (en dieta y ejercicio) tales como caminar, natación, concientización o cuidados. Estas palabras se encuentran dispuestas no sólo para evitar los efectos negativos de la enfermedad sino haciendo hincapié en el logro de mayor bienestar, tranquilidad, movilidad, entre otras cosas. La motivación

registrada fue, en su mayor porcentaje extrínseca: centrada en evitar o lograr algo en particular. Puede pensarse que estos sujetos comenzaron experimentando la dieta y el ejercicio con el objetivo de no empeorar su estado de salud y concluyeron en percibir los beneficios que el seguimiento del plan alimenticio y la práctica del ejercicio ofrecen para con el control de la diabetes. Y tal vez, este sea el motivo por el cual más de la mitad de los sujetos participantes que poseían conductas de riesgo las abandonaron, cambiándolas por conductas saludables sostenidas en el tiempo; mientras que las personas que traían un bagaje de conductas de salud también las continúen en la actualidad. Esto se corresponde con la efectividad que han tenido las terapias cognitivo conductuales que trabajan con el refuerzo de aquellos comportamientos saludables y no tanto de las consecuencias de dichos comportamientos.

La persona que enunció darle baja importancia al cuidado de su salud, también se encuentra dentro del grupo que manifestó poseer conductas de riesgo en la dimensión ejercicio físico. Éstos han vivenciado emociones negativas como por ejemplo rechazo, aburrimiento, enojo o dolor, mantienen dichas conductas riesgosas hasta la actualidad, no se organizan para la práctica y se hayan informados sobre el efecto del ejercicio en la evolución de su enfermedad. Es aquí donde el psicólogo debe trabajar arduamente estimulando otros frentes como son las motivaciones intrínsecas, relacionadas con el placer emanado de la actividad misma, el pensamiento divergente expresado en la creatividad para la búsqueda de nuevas alternativas, recurrir a los diversos tipos de apoyo social, no sólo el informacional que se ha demostrado insuficiente si no se lo vincula con otro modo de acompañamiento; trabajar la organización de las actividades y también, de manera transdisciplinaria, informar a los profesionales de la salud para que éstos propongan el tratamiento desde las necesidades de cada sujeto. Pero para ello es sumamente necesario, como ya se dijo, que el psicólogo diagnostique claramente la interacción que cada sujeto experimenta con su enfermedad y en especial con cada uno de los segmentos del tratamiento.

CONCLUSIONES

Debido a las características del grupo seleccionado para la investigación es que las conclusiones no pueden ser generalizadas a todos los sujetos que padezcan diabetes mellitus tipo 2 sino que son solamente útiles para describir al grupo de sujetos que participó en este trabajo.

Los objetivos de la investigación radicaron en conocer las variables que favorecen los autocuidados en las dimensiones de dieta y ejercicio físico en sujetos con diabetes mellitus tipo 2, e indagar los significados que éstos les atribuyen a dichas dimensiones. El fin último de este trabajo consiste en posibilitar la adquisición de nociones relacionadas con la promoción y prevención de la salud en dichos sujetos que favorezca el aumento y la estabilidad en su calidad de vida.

El análisis de las entrevistas en profundidad arrojó que, como se había expresando en el marco teórico, el ejercicio físico resultó ser la dimensión del tratamiento que más dificultades presentó al momento de su cumplimiento o continuidad ya que presentó la mayor cantidad de sujetos con conductas de riesgo o variables; siendo la dieta la que registró mayor cantidad de sujetos con conductas de salud. De todos modos, en ambos dominios temáticos, todas las personas que manifestaron efectuar conductas de salud experimentaron emociones positivas (aceptación, optimismo y satisfacción), lo que probablemente es producto del equilibrio en el control de la diabetes. También mostraron pautas claras de organización a la hora de establecer horarios y días para la práctica del ejercicio o la elaboración e ingesta de los alimentos correspondientes y por último denotaron poseer motivación extrínseca, sobre todo centrada en evitar las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

Al mismo tiempo, de los datos suministrados por las redes semánticas naturales, se observó que la palabra “salud” fue la de mayor peso semántico en ambas dimensiones del tratamiento lo cual puede indicar que probablemente otros sujetos considerados sanos podrían haber expresado el mismo concepto pero estas personas tal vez encuentren en la dieta y en el ejercicio físico (además

de la medicación, el automonitoreo, etc.) buenas herramientas para combatir la enfermedad y relacionarse con estados de salud sostenidos en el tiempo.

También de las redes se obtuvieron datos que denuncian las conductas que suelen implementar los sujetos para alcanzar una mejor calidad de vida en ambas dimensiones tales como caminar, nadar, o bien concientizarse que la importancia que posee el propio cuidado en esta afección. Lo positivo y que podría ser utilizado como herramienta para el trabajo con estas personas es que estas palabras evidencian no sólo la intención de evitar los efectos negativos de la enfermedad sino que hacen hincapié en el logro de un mayor bienestar. Y relacionando esto con el tipo de motivación (extrínseca) registrada en la entrevista es que puede pensarse que estos sujetos comenzaron experimentando la dieta y el ejercicio como una obligación y con el objetivo de no empeorar su estado de salud y concluyeron en percibir los beneficios a la corto y largo plazo que el seguimiento del plan alimenticio y la práctica del ejercicio ofrecen para con el control de la diabetes. Y quizás por ello el 75% de los sujetos participantes que poseían conductas de riesgo antes de saber que padecían la enfermedad las dejaron de lado modificándolas por conductas saludables; mientras que las personas que poseían conductas de salud previo al diagnóstico también las continúan en la actualidad.

La única persona que enunció darle baja importancia al cuidado de su salud se encuentra también dentro del grupo que manifestó poseer conductas de riesgo en la dimensión ejercicio físico. Estos develaron emociones negativas como rechazo, aburrimiento, enojo o dolor, no se organizan para la práctica o bien no la realizan y se hayan informados sobre el efecto del ejercicio en el control de su enfermedad.

De estas conclusiones se extraen varias incógnitas como por ejemplo por qué muchos de estos sujetos que experimentan emociones positivas (aquellos que manifestaron conductas variables) o bien negativas al momento de realizar el ejercicio físico y conocen claramente los beneficios que éste le otorga al control de su enfermedad, no lo practican o no lo hacen de manera asidua; o bien cuál es el motivo por el cual no utilizan un pensamiento divergente que los lleve a vislumbrar nuevas perspectivas a la hora de resolver situaciones que tengan que ver con su salud.

Lo que se propone para con estos sujetos es, desde nuestro lugar como psicólogos, trabajar estimulando otros puntos importantes como son las motivaciones intrínsecas relacionadas con el placer que de la actividad por sí

misma implica, el pensamiento divergente expresado en la creatividad, el apoyo social no sólo informacional sino también emocional y tangible; trabajar la organización de las actividades y también, de manera transdisciplinaria, fomentar la comunicación y la circulación del conocimiento entre los profesionales abocados a la tarea de ayudar al sujeto e informarlos para que propongan el tratamiento desde las necesidades de cada sujeto. Pero para ello es sumamente necesario, como ya se dijo, que el psicólogo diagnostique claramente la interacción que cada sujeto experimenta con su enfermedad y en especial con cada uno de los segmentos del tratamiento.

Desde la promoción y prevención de la salud en estos sujetos, el psicólogo en la actualidad debe tomar un rol activo y participante como la ciencia y el trabajo profesional lo exigen. No basta con el sólo acompañamiento y asesoramiento sino con intervenciones concretas que favorezcan la adaptación a la enfermedad y a la nueva vida que esta le impone tanto a los sujetos diabéticos como a aquellos que posean otras enfermedades crónicas. También es necesario incluir en la estrategia de abordaje a todos los involucrados en el proceso sobre todo la familia y las redes más cercanas. Para ello se requiere entrenar la escucha y estimular a los sujetos a la búsqueda de nuevas respuestas que los estimulen y los visculen con el autocuidado.

Es justo y ético difundir el conocimiento, comprometerse con quién consulta, respetarlo y responder a sus demandas con la mayor idoneidad posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aisenson Kogan, A. (2002). *Introducción a la Psicología*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Valencia. Editorial Promolibro.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid. Aditorial Akal Universitaria
- Barón, R. (1996). *Psicología*. México. Prentice Hall Editores.
- Baudini, S. (2007, Enero). El síntoma: un funcionamiento. *Virtualia, la Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, 16. Consultada el 20 de agosto de 2009 en <http://www.eol.org.ar/virtualia/018/default.asp>
- Bauzá, V. (2004). *Diabetes infantil y compromiso familiar*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Belaga, G. (2008, Agosto 5). La clínica analítica hoy: síntoma y lazo social. *Actualidad de la AMP América*, 4. Consultada el 21 de agosto en www.psi.uba.ar
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la Salud*. España. Thompson Editores.
- Chiozza, L. (2007). *¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Editorial del Zorzál.
- Chiozza L. (2005). *Los afectos ocultos en...* Buenos Aires: Alianza Editorial S.A.
- Colomer, C. (2006). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Elsevier – Masson editores.
- Courel, R. (1996). *La cuestión psicosomática*. Buenos Aires. Editorial Manantial.
- Danitz, G. C. (2005). *Trastornos cognitivos, estrés y depresión en Diabetes Mellitus tipo II, una aproximación desde la psiconeuroinmunoendocrinología*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Del Pópolo, J. (1996). *Psicología Judicial*. Mendoza. Ediciones Jurídicas Cuyo.

- Desch V. (2006). *Relaciones entre Personalidad y Salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación*. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid. España.
- Eidelsztein, A. (2001). *Las Estructuras clínicas a partir de Lacan*. Buenos Aires. Editorial Letra Viva.
- Fischer G. (1999). *Diabetes Mellitus y Rasgos de Personalidad*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Flores N. (1999). Diabetes Mellitus. En Moles P. (Apunte Cátedra, Psicología y Psicosomática Universidad del Aconcagua). *Temas de Psicología*. Mendoza.
- Froján, M. X. & Rubio, R. (2004, Febrero 18). Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus insulín dependiente. *Psicothema*, 16, artículo 4. Consultada el 18 de Agosto de 2009 en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3030>
- Favaloro, L. (2009). Educación para la Salud, Diabetes Mellitus [versión electrónica]. *Fundación Favaloro*. Consultada el 14 de Julio de 2010 en http://www.fundacionfavaloro.org/educa_diabetes_1.htm
- Gallar, M. (2003). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Editorial Thompson. Madrid.
- Granados, E. (2008-2009). *Estilos de Personalidad y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus*, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Granados, E. (2007). *Atribuciones y creencias en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2*, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Las Redes Semánticas: técnica de análisis cualitativo de datos. En prensa.
- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mc Graw-Hill.
- Lauría Blanco, A. (2010). *Estrategias de afrontamiento, locus de control de salud y significado psicológico del cáncer de mama*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- López, Ruiz, Luongo & Ferrari (2009). *Diabetes mellitus, guía para el diagnóstico, atención y tratamiento*. Buenos Aires. SAD.
- Medline plus (2010). Diabetes Mellitus. *Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. NIH. Institutos Nacionales de Salud*. Consultada el 19 de octubre de 2010 en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html>
- Morales, F. y col. (2001). *Psicología Social*. Buenos Aires. Pearson Editores.
- Morris, J. (2009). *Psicología*. México. Prentice Hall Editorial.

- Oblitas L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México. Ed. Thomson.
- OMS (noviembre 2008). ¿Qué es la diabetes?, *Organización Mundial de la Salud*, nota descriptiva n° 312. Consultada el 03 de septiembre de 2009 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Ortiz, M. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *SCIELO, revista médica de Chile*, 135, 647-652. Consultada el 16 de agosto de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&nrm=iso
- Otero, J. & Rodado, J. (2006). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática, *Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis (versión electrónica)*, 12, 36-42
- Perez, D. (2002). *Diabetes, un enfoque psicoanalítico*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Peumeri, J.J. (1993). *Historia ilustrada de la diabetes de la antigüedad a nuestros días*. Madrid. Editorial Medicom.
- Piodomani, M.A. (2008). *Estilos de afrontamiento y ansiedad rasgo-estado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Robles García, R. & Cortázar, J. & Sánchez-Sosa, J. & Páez Agraz, F. y Nicolini Sánchez, F. (2003, Noviembre). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II. *Psicothema*, 15, artículo 2. Consultada el 18 de Agosto de 2009 en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3030>
- Samaniego, R. (2008). Control de la enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: una muestra regiomontana. *Redalyc*, 16, 6 -70. Consultada el 22 de septiembre de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCv>
- Sanchez, R. (1992). Diabetes Mellitus. *Fundación Favaloro, hospital universitario*. Consultada el 19 de Octubre de 2010 en http://www.fundacionfavaloro.org/educa_diabetes_1.htm
- Silva, V. (2005). *El daño psíquico y la resiliencia como posibilitadores de la consulta psicológica*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Tomaselli, P.A. (2000). *El acontecer psíquico en la Diabetes Mellitus*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Urzúa, L. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138, 3. Consultada del 14 de Octubre de 2010 en <http://www.scielo.cl/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

- Valdez Medina, J.L. (2004). *Las redes semánticas naturales, uso y aplicaciones en psicología social*. México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valles, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Velázquez, L. (2010). Beneficios de una dieta personalizada en enfermos con diabetes tipo 2. *Intramed*. Consultada el 27 de Octubre de 2010 en <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=60054>
- Videla, M. (1998). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

ANEXO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mendoza, _____ de _____ de 2010

Nombre del paciente:

Por medio del presente documento se pide su consentimiento para participar en la investigación de tesina denominada “Diabetes, autocuidado y calidad de vida” que realizará la teginista Marina L. Leiva supervisada por la Lic. Elodia Granados. Para ésta ha dado su aprobación y acuerdo la Dra. Mariana Rezzonico.

Su participación consistirá en responder de forma sincera de acuerdo a sus opiniones, sentimientos y conductas, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas a una entrevista y luego se le solicitaría que exprese palabras relacionadas con la dieta y el ejercicio físico.

Los objetivos de este trabajo consisten en investigar las variables que propician los autocuidados en las dimensiones de dieta y ejercicio físico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que poseen valores de control metabólico que se encuentren dentro de los niveles normales y también favorecer la adquisición de nociones relacionadas a la promoción y prevención de la salud en pacientes con Diabetes tipo II.

Los datos obtenidos a partir de estas técnicas se utilizarán únicamente con fines de investigación científica, para la tesina de licenciatura de la investigadora. Es por esto queda garantizada absolutamente la confidencialidad y anonimato de los mismos, es decir que no figurarán datos personales.

No existe ningún riesgo potencial para la salud de participar en la investigación.

Su participación es totalmente voluntaria y le está permitido retirarse en cualquier momento sin sufrir ningún tipo de sanción.

Paciente

Investigadora

DNI:

Entrevista en Profundidad

DATOS PERSONALES

Nombre:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Evolución de la enfermedad:

PARTE A: Autocuidados

1. ¿Qué importancia le da al cuidado de su salud?
2. ¿Ha tenido un buen control metabólico este último tiempo? ¿cómo ha vivenciado este tiempo en que ha manifestado un buen control metabólico?
3. ¿Qué expectativas tiene con respecto al tratamiento?

PARTE A: Dieta

1. ¿qué experiencia ha tenido en cuanto a los cuidados respecto de la dieta?
2. ¿qué siente a la hora de realizar su plan alimenticio?
3. ¿qué piensa a la hora de realizar la dieta?
4. ¿qué motivos lo llevan a realizar la dieta?
5. ¿cómo se organiza para llevar a cabo la dieta?
6. ¿alguien, además de su médico, ha colaborado con usted en el control de su peso?

PARTE B: Ejercicio físico

1. ¿qué experiencia ha tenido en cuanto a la práctica de ejercicio físico?
2. ¿qué siente a la hora de realizar ejercicio?
3. ¿qué piensa a la hora de realizar ejercicio?
4. ¿qué motivos lo llevan a realizar el ejercicio?
5. ¿cómo se organiza para llevar a cabo la práctica del ejercicio físico?
6. ¿alguien, además de su médico, ha colaborado con usted en relación a la práctica de ejercicio?

Redes Semánticas:

Consigna:

1. Defina la palabra que está al margen izquierdo de la tabla, colocando **una palabra** relacionada con la misma en cada fila. Recuerde, que son palabras sueltas, tiene que ser como mínimo cinco palabras y como máximo 10 palabras.
2. Ahora jerarquice cada una de esas palabras de la siguiente forma: coloque el número 1 a la palabra que considere que está más cerca, más relacionada o la que mejor defina el concepto (de todas aquellas que se le ocurrió). El número 2 a la que le sigue y así hasta colocarles un número a todas las palabras. Esto lo hacen en la columna que dice jerarquía.

DIETA	jerarquía	EJERCICIO FISICO	jerarquía

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

CASO N° 11

Sexo: Femenino

Edad: 60 años

Ocupación: Ama de casa

Evolución de la enfermedad: 10 años

Categoría	Incidentes (unidades de significado)	Propiedad
<p>Importancia atribuida al cuidado de su salud</p>	<p>Cristina ¿qué importancia le da usted al cuidado de su salud?</p> <p>Toda, toda porque lógicamente, sufriendo de diabetes tenés que tener otros cuidados, otra vida. No es la misma vida, desde que me enteré que tenía diabetes, me cambió muchísimo.</p>	<p>Importancia elevada</p>
<p>Hábitos de salud</p>	<p>¿Qué le cambió?</p> <p>Hábitos de vida, cuidados, más ejercicio, que nunca hacía de paso. Bueno, estar más preocupada por... al primer tiempo te digo que me obsesioné un poco con las mediciones pero con el tiempo te vas haciendo amigo de la enfermedad y tenés que llevarla o llevarla y dentro de todo, gracias a Dios, la llevo bien. Tampoco te digo que me muero por... nunca soy de comer mucho dulce pero dentro de todo la llevo bien, camino una hora por día todos los días menos domingo. Antes caminaba sábado y domingo pero ahora no, ahora el domingo no camino. Y bueno las mediciones todos los días, que la doctora me ha dicho que si quiero no me las haga todos los días pero yo para llevar un control más exhaustivo de todo.</p>	<p>Cambio de hábitos (dieta y ejercicio) luego del diagnóstico</p>
<p>Conocimiento acerca de su control metabólico</p>	<p>Usted me comentaba recién que tiene un buen control metabólico...</p> <p>Sí. He sido muy pareja.</p>	<p>Mantenimiento</p>
<p>Experiencia acerca de la</p>	<p>¿Cómo se ha sentido oeste tiempo en que</p>	<p>Sabe que posee control de su</p>

<p>estabilidad de sus glucemias</p> <p>Hábitos de salud</p>	<p>ha estado controlada?</p> <p>Perfecta, si bien físicamente muy bien.</p> <p>¿Usted considera que ha tenido hábitos de vida saludables?</p> <p>No, engordé tanto que no me cuidaba lo que me he tenido que cuidar y por eso pienso que por ahí debe ser que me ha pasado esto de la enfermedad, aparte de ser hipotiroidea, que siempre fui y hubo un tiempo que me sacaron la medicación por unas manchas en la piel y engordé, me dio diabetes, todo. Entonces me empecé a cuidar después de saber que tenía diabetes.</p>	<p>enfermedad</p> <p>Bienestar físico</p> <p>Conductas de riesgo antes del diagnóstico (sobrepeso)</p>
---	---	--

Dimensión: DIETA

<p>Conductas</p>	<p>Con respecto a la dieta ¿qué experiencia ha tenido?</p> <p>Al principio, como te dije, me obsesioné y fue todo milimetrado. Ahora no, ahora es más tranqui, por ahí si me puedo dar algunos permitidos me los doy, no como antes pero la llevo bien. Yo no me quejo de la dieta, yo digo que puedo comer, llevando estas mediciones, puedo comer por ejemplo en la mañana me tomo un café con leche y algunas veces puedo comer una tortita y no me sube. Lo que sí no como son frituras, nunca jamás, hidratos de carbono en cantidad tampoco, en eso sí me cuido pero creo que no me cuido como me tendría</p> <p>¿Cómo se tendría que cuidar?</p> <p>Más, como antes que pesaba todo media todo, era un poco obsesiva porque cuando me enteré de la enfermedad... Te cambia todo, yo me desesperé y creía que esto era el fin del mundo y no es así. Te tenés que hacer amigo de esta enfermedad porque si no, no la podés llevar. Podés llevar una vida normal, de hecho yo la llevo, claro que con mis limitaciones en cuanto a</p>	<p>Conductas de cuidado excesivo al inicio de la diabetes</p> <p>Conductas de salud</p>
------------------	---	---

<p>Emociones</p>	<p>la dieta que tendría que ser más estricta pero bueno, por ahí me tiento y como algo, nunca frituras, no, debido a las grasas y a las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>¿Qué siente a la hora de realizar la dieta?</p> <p>No me amargo, nunca me amargué porque como te digo nunca es tan sacrificada, gracias a la doctora que me lleva muy bien medicada no es un tremendo sacrificio. Y en casa, gracias a mi enfermedad, empezamos todos a llevar una dieta más equilibrada y más sana así que todos porque todos pueden ser enfermos o el día de mañana contraer la misma enfermedad.</p>	<p>Positivas:</p> <p>Optimismo, aceptación</p> <p>Convergente</p>
<p>Pensamientos</p>	<p>¿Su familia colabora con usted en la dieta?</p> <p>Ellos no hacen la dieta exacta como yo, se pueden dar gustos. Si quieren helado lo van a tomar aunque esté yo pero me ayudan, me ayudan para que yo no sufra pero yo no sufro, ya me he acostumbrado y aparte lo dulce nunca me llamó mucho la atención, soy más de los salado.</p>	<p>Positiva:</p> <p>Aceptación</p> <p>Familia, prevención. Apoyo tangible y emocional</p>
<p>Apoyo social</p>	<p>¿Alguien más, además de su familia y la doctora ha colaborado con usted en el plan de alimentación?</p> <p>No, nadie.</p>	<p>Familia, prevención. Apoyo tangible y emocional</p>
<p>Pensamiento</p>	<p>¿Qué piensa a la hora de realizar la dieta?</p> <p>No me es muy sacrificada porque en casa, debido a eso nadie come pan, comemos tostaditas, tomamos gaseosas light porque a ellos no les viene mal tampoco, siempre me sentí acompañada por mi familia, siempre, siempre, siempre porque ellos están pendientes de lo mío, de las mediciones, de cuánto te salió. En eso si, somos un clan más o menos porque todos nos preocupamos por lo mismo.</p> <p>¿Qué motivos la llevan a realizar la dieta?</p> <p>Mi salud, yo quiero vivir y pienso que los años que me queden quiero llevarlos bien porque viste que esta enfermedad es progresiva y después viste las amputaciones y todas esas</p>	<p>Divergente</p> <p>Importancia del acompañamiento familiar</p> <p>Extrínseca</p>

Motivación	cosas tan desagradable, yo el día de mañana quiero vivir bien.	
------------	--	--

Dimensión: EJERCICIO FÍSICO

Conductas	<p>¿Qué experiencia ha tenido con el ejercicio?</p> <p>Antes de la diabetes no hacía ejercicio pero ahora camino una hora por día todos los días menos el domingo porque me tomo el día feriado.</p>	Conductas de salud (caminata)
Emociones	<p>¿Qué siente a la hora de realizar el ejercicio?</p> <p>Me gusta caminar a mí porque me siento bien.</p> <p>¿Qué quiere decir que se sienta bien?</p> <p>Yo salgo a caminar y a mi me dan ganas de caminar, yo me levanto y yo sé que me tengo vestir para salir a caminar con las zapatillas, con el yoguin, yo sé que ya lo tengo asumido y no es un sacrificio porque a mi me gusta caminar y lo hago toda la vida con mi esposo, todos los días voy con mi esposo. Tal vez si tuviera que hacerlo sola, no sé si lo podrían hacer, nunca lo he hecho sola, no sé si podría caminar sola entonces lo tomo como algo lindo porque charlamos, es otra cosa porque de estar en tu casa salís al aire libre.</p>	Positivas: satisfacción, optimismo
Apoyo social	<p>¿Qué piensa a la hora de realizar el ejercicio?</p> <p>Yo pienso que lo estoy haciendo por mi salud. Muchas veces en pleno invierno me da frío y no quiero salir pero dio no, lo tengo que hacer, lo tengo que hacer por las piernas, por la irrigación, por todo, tengo que hacerlo.</p>	Familia, esposo. Apoyo tangible
Pensamiento	<p>¿Cómo se organiza para practicar el ejercicio?</p> <p>Todos los días apenas me levanto. Desayuno, me tomo los medicamentos y salgo a caminar. A las nueve y media salgo a caminar porque me</p>	Covergente: Autoconvencimiento, deber
Organización		Se organiza, horarios

Organización (dieta)	<p>levanto a las nueve y después de desayunar t tomar los medicamentos salimos a caminar.</p> <p>¿Cómo se organiza para la dieta?</p> <p>Para la dieta, como en casa comemos todos más o menos lo mismo, lógicamente si hay una comida que tenga un poco más de grasa ahí ya no pero no llevo una dieta muy especial porque todos en casa se tienen que cuidar.</p> <p>Y en el ejercicio ¿además de su marido y la doctora que se lo ha indicado, alguien más colabora con usted?</p>	<p>determinados</p> <p>Se organiza, todos comen lo mismo</p>
Apoyo social	<p>Sí, mis hijos cuando no están trabajando. Por ejemplo los sábados vamos al parque central y ya vamos con ellos según el tiempo disponible que tengan porque a todos les gusta pero no tienen tiempo.</p>	<p>Familia, hijos. Apoyo tangible</p>

Emociones expresadas en las entrevistas

	DOMINIOS	EMOCIONES	FRECUENCIA	%
Emociones positivas	Dieta	Aceptación	11	79%
		Optimismo	6	43%
		Satisfacción	2	14%
		Alegría	1	7%
	Ejercicio	Aceptación	5	36%
		Optimismo	7	50%
		Satisfacción	6	43%
		Alegría	1	7%
Emociones negativas	Dieta	Fastidio	3	21%
		Enojo	1	7%
	Ejercicio	Aburrimiento	3	21%
		Dolor	3	21%
		Rechazo	1	7%
		Fastidio	1	7%

DATOS SUMINISTRADOS POR LAS REDES SEMÁNTICAS

TABLA PARA EL VALOR M (EJERCICIO)											0
JERAQUIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	J
VALORES SEMANTICOS	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	61
DEFINIDORAS											VMT
SALUD	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
CAMINAR	10	9	8	7	0	0	0	0	0	0	34
BIENESTAR	0	18	0	14	0	0	0	0	0	0	32
AGILIDAD	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
VIDA	20	0	8	0	0	0	0	0	0	0	28
MOVILIDAD	0	18	0	7	0	0	0	0	0	0	25
NATACIÓN	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
NECESARIO	10	0	8	0	0	0	0	0	0	0	18
OBLIGACIÓN	10	0	8	0	0	0	0	0	0	0	18
CONTROL	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0	16
YOGA	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0	16
BICICLETA	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	15
SACRIFICIO	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	15
HORARIO	0	9	0	0	0	5	0	0	0	0	14
CARIÑO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
DINAMISMO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
DISGUSTO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
VOLUNTAD	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
DISPLACENTERO	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
IMPORTANTE	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
PLENA	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
PRÁCTICO	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
BAILE	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
BENEFICIO	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
CUMPLIR	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
DETERMINACIÓN	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
GIMNASIA	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
OCUPACIÓN	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8

RECHAZO	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
SANA	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
ÚTIL	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
VITALIDAD	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
CALIDAD	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
CIRCULACIÓN	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
CONSTANCIA	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
CONVENIENTE	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
DOLOR	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
IMPEDIMENTO	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
INCONSTANCIA	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
TIEMPO	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
VIAJAR	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
AMENO	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
CANSANCIO	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
DISFRUTAR	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
ESFUERZO	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
FELICIDAD	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
FUNDAMENTAL	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
HÁBITO	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
INDECISIÓN	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
MADRUGAR	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
PAZ	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
PILATES	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
REFLEXIÓN	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
CALOR	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
COORDINACIÓN	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
AUTOSATISFACCIÓN	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
SUDOR	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
TRANQUILIDAD	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
HIGIENE	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
NIVELACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
RELAJACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2

TABLA PARA EL VALOR M (DIETA)											0
JERAQUIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	J
VALORES SEMANTICOS	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	60
DEFINIDORAS											VMT
SALUD	30	18	8	0	6	0	0	0	0	0	62
BIENESTAR	0	9	16	7	0	0	0	0	0	0	32
CONCIENTIZACION	20	9	0	0	0	0	0	0	0	0	29
CUIDADOS	20	0	8	0	0	0	0	0	0	0	28
TRANQUILIDAD	10	9	0	7	0	0	0	0	0	0	26
SACRIFICIO	0	0	0	7	12	0	0	0	0	0	19
NECESARIA	10	0	8	0	0	0	0	0	0	0	18
CALIDAD	0	9	8	0	0	0	0	0	0	0	17
VLUNTAD	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	16
HORARIO	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0	16
ESFUERZO	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0	16
EQUILIBRIO	10	0	0	0	6	0	0	0	0	0	16
HABITUALIDAD	0	0	8	7	0	0	0	0	0	0	15
CONSTANCIA	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	15
MOLESTA	0	0	0	7	0	5	0	0	0	0	12
ENDULZANTE	0	0	0	0	6	5	0	0	0	0	11
SEGURIDAD	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
UTIL	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
POCOC	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
DORMIR	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
ORGANIZARSE	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
VENTAJOSA	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
CUMPLIRLA	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
AGUA	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
HIDRATOS	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
MEDIRME	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
LOGROS	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
CONTROL	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
RIESGO	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
PESO	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8

PERMANENCIA	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
VEGETARIANA	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
MEDICACION	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
BUENA	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
ACTITUD	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
PREVENCION	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
ALEGRE	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
LAIGH	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
LIMITACION	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
CONCENIENTE	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
FACIL	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
SATISFACCION	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
ORDEN	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
SANA	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
VERDURA	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
DISCAPACIDAD	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
COLACION	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
ESTILIZAR	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
APETITO	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
RELACIONES	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
CALDO	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
BRONCA	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
AGILIDAD	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
TE	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
TENTACION	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
VERDURAS	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
CARA	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
LECHUGA	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
FRUTAS	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
GLUCOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2