

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

### RELEVANCIA DEL ENTORNO AFECTIVO PARA LA ATENCION MEDICA DE PERSONAS QUE SUFREN DE DIABETES

Isoley del Carmen Ramos Vargas, Olga Michael Alfaro Yesca, Gabriela María Rodríguez Zelaya, Juan Alberto Moreno Ismael, Rasec Otsugua César Sandino

#### RESUMEN

El estado emocional de un paciente es cada vez más relevante en el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes. Por tanto, es necesario disponer de herramientas psicológicas que coadyuven a mejorar la aceptación al tratamiento de manejo de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida del paciente con diabetes. La visión asistencial debe dar paso a la valoración de las implicaciones de la diabetes en los distintos aspectos que conforman la calidad de vida de la persona que la padece. Es decir, tratar las variables relacionadas con el manejo de la enfermedad y sus estresores asociados, que influyen tanto en el pronóstico como en la evolución de la diabetes mellitus. En este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica con el objetivo de recopilar instrumentos psicológicos empleados en la valoración de la diabetes, así como las variables que se evalúan normalmente, como la percepción de control, las estrategias de afrontamiento, las creencias relacionadas con la salud, el estrés percibido, la satisfacción, etc., y sus implicaciones terapéuticas. A medida que se ha visto contrastada la importancia de la atención integral en el cuidado de la diabetes, se observa una tendencia creciente a desarrollar instrumentos específicos para la evaluación psicológica del paciente, pese a ello, aún se aprecia una carencia de ellos en la evaluación de las variables psicológicas para la adaptación a la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE: DIABETES, INCIDENCIA EMOCIONAL, CALIDAD DE VIDA, ESTRÉS, FAMILIA.**

#### RELEVANCE OF AFFECTIVE ENVIRONMENT FOR MEDICAL ATTENTION OF DIABETIC PEOPLE

#### ABSTRACT

The emotional state of a patient is increasingly relevant in the treatment of chronic diseases such as diabetes. Therefore, it is necessary to have psychological tools that help to improve the acceptance of the disease management treatment and its impact on the quality of life of the patient with diabetes. The care vision must give way to the assessment of the implications of diabetes in the different aspects that make up the quality of life of the person who suffers from it. That is, to treat the variables related to the management of the disease and its associated stressors, which influence both the prognosis and the evolution of diabetes mellitus. In this work a bibliographic search is carried out with the objective of compiling psychological instruments used in the assessment of diabetes, as well as the variables that are normally evaluated, such as perception of control, coping strategies, health-related beliefs, perceived stress, satisfaction, etc., and its therapeutic implications. As the importance of comprehensive care in diabetes care has been contrasted, there is an increasing tendency to develop specific instruments for the psychological evaluation of the patient, despite this, there is still a lack of them in the evaluation of the psychological variables for adaptation to the disease.

**KEYWORDS: DIABETES, EMOTIONAL INCIDENCE, QUALITY OF LIFE, STRESS, FAMILY.**

# Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes es un desorden crónico metabólico debido a carencias de insulina, tanto en la secreción por parte del páncreas como en la acción del organismo para utilizarla de manera eficaz, lo que genera hiperglicemia y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, pudiendo producir nefropatía, retinopatía, neuropatía, enfermedades coronarias o pie diabético

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2016, en Nicaragua el 7.2% de hombres y 9.0% de mujeres (8.1% promedio de la población total) padecen diabetes, o sea, hay alrededor de medio millón de nicaragüenses con diabetes y esta cifra va en aumento. Las estimaciones de mortalidad provocadas por diabetes tienen un alto nivel de incertidumbre, ya que no están basadas en datos estadísticos nacionales sobre mortalidad por enfermedades no transmisibles.

La mayoría de casos es debido a problemas de peso, 50.4% en los hombres y 72.4% en las mujeres (61.6% a nivel global). No obstante, no existe ningún plan de acción a nivel de país contra la diabetes, ni para reducir el sobrepeso y la obesidad, ni para reducir la inactividad física, lo que desencadena un mayor incremento de casos, tanto por la presencia de factores genéticos como por una alimentación poco saludable, baja actividad física y condiciones de estrés que facilitan su aparición en individuos predispuestos.

Se ha reconocido, a nivel mundial, la necesidad de abordar, desde un punto de vista psicológico, aquellos aspectos que estén asociados a la evolución de esta enfermedad, tales como el acatamiento del tratamiento, el estilo de vida, la actitud del paciente, y la interacción con su entorno familiar y comunitario.

El propósito de este trabajo es presentar algunas propuestas para la atención psicológica a los pacientes con diabetes, de manera se pueda indagar acerca de su situación a nivel social, sus actitudes, creencias e inquietudes asociadas a la enfermedad, así como su nivel de bienestar y estado emocional, a fin de facilitar estrate-

gias que generen control de su estilo de vida respecto a sus patrones de alimentación y actividad física, a la vez que se posibilite un seguimiento de sus progresos acorde a sus necesidades, predilecciones y cultura familiar y social.

Es decir, al evaluar la situación psicológica y social de los pacientes es posible identificar su actitud hacia la enfermedad, las expectativas ante el tratamiento, los elementos que pueden afectar su estado de ánimo, su calidad de vida y sus recursos financieros, sociales y emocionales. A la vez, es necesario abordar temas como depresión, estrés, ansiedad, autocuidado, apoyo social, modificación del estilo de vida, educación y empoderamiento.

Cabe mencionar que la calidad de vida es un constructo social multidimensional, que, en pacientes con diabetes se manifiesta en cuatro aspectos principales: el estatus funcional (aspecto físico), los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

Aunque cada vez más se reconoce la pertinencia de la educación, regulación alimentaria y práctica de actividad física para mejorar el control de la diabetes, lamentablemente, en nuestro país, no existe una guía para la evaluación e intervención psicológica y social que tenga como base la evidencia empírica del paciente, la cual es más efectiva, que incluya temas como psicoeducación para pacientes, apoyo social, manejo de estados de ánimo (depresión, ansiedad, o estrés), actividad física y compromiso con el tratamiento.

Por tanto, el presente trabajo pretende contribuir al desarrollo de una herramienta que brinde recomendaciones de evaluación e intervención que faciliten la toma de decisiones a los profesionales encargados de atender y dar seguimiento a las personas con diabetes, y, a su vez, apuntará a que los pacientes incrementen el seguimiento de las recomendaciones médicas, tomen los medicamentos, manejen sus emociones y cambien su estilo de vida.

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

### DESARROLLO

La diabetes afecta tanto la salud física del paciente que lo padece como su funcionamiento psicológico y psicosocial, ya que constituye una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas. De hecho, el impacto psicosocial es un fuerte predictor de mortalidad en diabetes en pacientes con muchas variables clínicas y fisiológicas.

Actualmente, existe más consciencia colectiva que el abordaje “unidimensional” de la diabetes es prácticamente ineficaz, tal como se demuestra en las dificultades que se evidencian en los servicios de salud para mejorar las condiciones de los pacientes.

A pesar de los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente, sobre su propia enfermedad, sigue siendo la herramienta fundamental para su control. Las personas que sufren de diabetes no pueden simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día, como lo hacen otras con otros problemas médicos,

Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional u otros factores psicológicos o personales puede afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por tanto, cuanto mejor conozca el paciente los efectos de estos factores, mejor será el control que pueda lograr sobre su condición.

Los pacientes diabéticos registran un impacto psicológico desde el mismo momento que reciben el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y se percatan de los cambios de hábitos que implican su tratamiento y control, también por las complicaciones propias que se les pueden manifestar en este padecimiento de larga evolución, complicaciones que están relacionadas con el estrés que produce el autocuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del autocuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse.

La diabetes es una enfermedad que no sólo afecta

al paciente sino a todo su círculo más cercano, por eso, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí: la familia del enfermo y su entorno social.

La familia porque constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo, ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, que alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. Esto significa que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de su familiar o familiares más cercanos durante el ciclo de la enfermedad.

Al abordar la diabetes desde varios flancos, permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante, por lo que el médico, la pareja, el terapeuta, los grupos de apoyo e instituciones de apoyo favorecen mucho la experiencia del paciente ante la misma.

Por tanto, es recomendable aplicar de manera pertinente el concepto de tratamiento holístico, ya que estudios demuestran se eficacia en tratamientos donde participan equipos multidisciplinarios, equipos donde el mismo paciente tiene que formar parte activa y asumir una posición de responsabilidad en el cuidado de su salud, ya que en la mayoría de las enfermedades crónicas el 90% del tratamiento lo hace el paciente en su casa.

Un tratamiento holístico busca unir todos los recursos profesionales posibles con el objetivo de eliminar dificultades durante el tratamiento, exhortar la participación de la familia, y educar al paciente y su familia para que se involucren en la toma de decisiones con respecto a la enfermedad.

Este tipo de enfoque integra paradigmas no excluyentes y toma aportes de otros enfoques para abordar e intervenir la enfermedad con una mayor variedad de recursos, tales como la participación familiar, los grupos de apoyo, la terapia narrativa, la reestructuración

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

cognitiva, las técnicas corporales y de relajación, así como la modificación de la conducta.

Este enfoque trata de destrabar las dinámicas familiares disfuncionales que propicien complicaciones afectivas a la enfermedad, también utiliza todos los recursos accesibles que posibiliten aceptar la enfermedad, tomar las riendas de su cuidado y aceptar sus limitaciones, buscar información y apoyo psicosocial, lo que significa un proceso de afrontamiento ideal.

Aunque muchos profesionales de la salud utilizan la palabra “empoderamiento” para indicar que el paciente ha logrado su adhesión al tratamiento de la diabetes, es mejor aplicar el término activación–motivación, ya que el “poder” siempre lo tiene el paciente, la cuestión es si lo utiliza de manera activa o pasiva.

Dicho de otra forma, es necesario “activar” y asesorar la capacidad de autocuidado que el paciente tiene, ya que, según se afirma, todo paciente está perfectamente motivado para hacer lo que hace, y sólo es posible ayudarlo a descubrir la importancia y a desarrollar la confianza que puede realizar los cambios que necesita.

El paradigma del “modelo médico tradicional” sitúa al médico como el único responsable del diagnóstico del padecimiento de una persona, quien además decide el tratamiento apropiado y se cerciora de que éste se lleve a cabo de acuerdo con la forma en que se prescribe.

En este modelo médico tradicional el médico diagnostica la enfermedad, decide si la persona debe ser internada y coordina el tratamiento subsiguiente. El rol del enfermo en este proceso es ponerse en las manos del médico, es decir, aceptar el tratamiento que éste prescribe. En otras palabras, el doctor está a cargo del tratamiento y es responsable del mismo, él decide qué exámenes de laboratorio se harán y cómo serán interpretados los resultados; qué comerá el paciente y si la nutrición es relevante dentro del plan de tratamiento; el tipo y cantidad de medicamentos y cuándo serán proporcionados; la necesidad de cirugía, exámenes con invasión corporal o ambos, y en qué momento se

encuentra la persona suficientemente bien para salir del hospital.

En este modelo el médico es visto como activo, poderoso, conecedor y en control del proceso de atención. El paciente es visto como pasivo, aceptante, adherente y dependiente del conocimiento y la buena voluntad del médico. El modelo médico tradicional es el paradigma dominante en el sistema de atención de salud pública, influyendo en la mayor parte de los cuidados que se proporcionan.

Socialmente se considera que esta es la responsabilidad de los médicos, y, por tanto, muchas personas reaccionan negativamente cuando se les sugiere que el tratamiento de la diabetes es o debería ser diferente.

Independiente de lo que se piense, el modelo médico tradicional no es el apropiado para la realidad del cuidado diario de la diabetes. Es más, los intentos de forzar el cuidado de la diabetes dentro del modelo médico tradicional han resultado frustrantes, en una cantidad significativa, tanto para los enfermos como para los profesionales de la salud. La expresión más notoria de esta frustración es la abundante literatura en relación con la falta de cumplimiento de los pacientes.

Hasta fechas recientes, la filosofía de activación del paciente estaba fundamentada en el reconocimiento que el manejo basado en el modelo médico tradicional y el cumplimiento son generalmente inapropiados e inoperantes en la terapéutica de la diabetes. Los pacientes llevan a cabo el 95% o más del cuidado diario de la enfermedad. Si este autocuidado consistiera únicamente en tomar una tableta cada mañana, este problema no existiría. La diabetes y su autocuidado afectan claramente cada aspecto de la vida de la persona, a la que se le pide modificar sustancialmente su estilo de vida.

La mayoría de los médicos son entrenados para pensar en la diabetes en términos de manejar la glucosa sanguínea, pero, para manejar la glucemia, muchos terminan tratando de dirigir la conducta diaria de

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

sus pacientes en las principales áreas de la vida (alimentación, actividad física, etc.) en la forma en que los padres ponen en orden la vida de sus hijos.

A pesar que los enfermos buscan consejos sobre cómo cuidar su diabetes, la mayoría no desean ser dirigidos, ordenados, controlados o acusados en relación con su conducta cotidiana; y son incapaces o no tienen deseos de llevar a cabo las recomendaciones difíciles que frecuentemente reciben, sobre todo lo relacionado con la práctica de ejercicios y pérdida de peso. Esta conducta es descrita como falta de cumplimiento, falta de adherencia, o incluso falta de cariño por sí mismos.

El modelo de activación del sujeto intenta fomentar su habilidad para influir en su propia vida, ayudándole a aprender cómo tomar decisiones informadas en relación con el cuidado de su diabetes. La educación está dirigida a que adquieran conocimientos sobre el tratamiento clínico, habilidades de cambio conductual, asertividad y habilidades de comunicación para participar efectivamente en su tratamiento, y para determinar si un determinado plan es realista, relevante y sostenible. Algunas personas se molestan cuando se les impide correr 5 km diariamente, mientras a otras les molesta que se les pida que caminen 200 m.

El cuidado de la diabetes está entremezclado con las redes del contexto social, emocional, cultural, psicológico y demográfico de la vida de la persona que la padece, la habilidad para el control glucémico es sólo un elemento necesario para su cuidado. Un médico puede llegar a ser expertos en diabetes, pero sólo los pacientes pueden ser expertos en la conducción de sus propias vidas.

La filosofía del modelo de activación en el cuidado de la diabetes requiere que los enfermos y los profesionales de la salud cambien.

Algunos pacientes serán incapaces o estarán desinteresados en asumir un rol significativo en la toma de decisiones para su tratamiento. Puede que sientan que la razón por la que acudieron al doctor (el experto en diabetes) fue para que éste tomara las decisiones por

ellos. No se recomienda a los profesionales intentar cambiar las expectativas de estos individuos. Si el paciente dice: “Ustedes son los expertos, diseñenme un plan de tratamiento”, es recomendable hacerlo.

Sin embargo, hay que advertirles que al tratar de aplicar el plan que se les recomendó pueden descubrir cosas que no se adecúan a sus vidas. Debe invitárseles a que regresen a la clínica para revisar y ajustar el plan. Algunas personas eventualmente desarrollarán tanto la capacidad como la disposición para adoptar una función más independiente y responsable de toma de decisiones en el autocuidado, mientras que otras desearán mantenerse más dependientes.

En cualquier caso, las necesidades del paciente deben ser el foco de la interacción. El principal valor intrínseco de la filosofía de activación es proporcionar una atención que satisfaga las necesidades y expectativas de las personas con diabetes.

En el modelo de activación, la finalidad de la educación del paciente es cerciorarse que las decisiones que éste tome a diario, mientras viva y atienda su diabetes, se basen en la información adecuada y el conocimiento necesario, lo cual se presenta en dos dimensiones: el conocimiento de la diabetes, proporcionado generalmente en programas completos de educación para pacientes, y lo referente a los retos y las habilidades psicosociales, ambas destinadas a abordar el impacto de la diabetes en la totalidad de la vida del enfermo.

Esta filosofía se basa en la premisa que, para estar saludable, las personas necesitan contar con habilidades psicosociales para lograr cambios en su conducta personal, en las situaciones sociales y en las instituciones que influyen en sus vidas, ya que juegan un papel importante en el desarrollo y la aplicación de un tratamiento exitoso, es decir, un plan que favorezca tanto la salud del sujeto como su calidad de vida.

Muchos especialistas creen que las intervenciones psicosociales deben realizarse después de detectar problemas psicosociales, más que incorporar la

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

educación psicosocial como un componente significativo y rutinario en la atención de la diabetes. Se ha comprobado que la educación enfocada principalmente en términos de transferencia de conocimientos es claramente inadecuada e inconsistente con lo que se conoce acerca de la conducta humana, por lo que se sugiere que la educación en la diabetes debe ir más allá de mejorar el conocimiento y el control metabólico.

Por otra parte, existen dos grandes obstáculos que un médico debe superar para aplicar con éxito el modelo de activación para el cuidado de la diabetes. El primero es el desinterés (o incapacidad) de algunos para hacer manifiesto y explorar el contenido emocional de un problema identificado por el paciente en relación con su diabetes.

El segundo, es la tendencia de muchos médicos de resolver problemas para los pacientes, más que resolverlos con ellos. Si una persona está pidiendo claramente ayuda por parte del médico, es conveniente proporcionarla.

Los adultos pocas veces hacen y mantienen cambios significativos en sus vidas, a menos que sientan una fuerte necesidad de cambiar. Para que un proceso de cambio tenga éxito, es determinante, para el profesional de la salud, hacer emerger los sentimientos del sujeto relacionados con el cambio potencial de conducta. Si la persona no experimenta fuertes sentimientos (usualmente negativos) acerca de su situación, la probabilidad de un cambio sostenido es baja. Un médico no requieren resolver o cambiar las emociones de sus pacientes, pero necesita crear un ambiente en el cual la experiencia emocional del paciente con su enfermedad sea validada y puede expresarse libremente.

El ayudar a los pacientes a descubrir su capacidad para resolver sus propios problemas, refuerza su autoeficacia y responsabilidad personal para el manejo de la diabetes.

También existen dificultades que los enfermos deben superar, sobre todo cuando están tan acostumbradas a ser culpadas y criticadas por sus conductas, por lo que se resisten a buscar ayuda profesional. Para desarrollar y mantener un plan de cuidado efectivo, es necesario

poder discutir en forma honesta sus actividades de autocuidado, expresar cualquier desacuerdo con el profesional de la salud y defender sus propias necesidades o valores en relación con su tratamiento.

En resumen, para que los médicos logren la aplicación adecuada del modelo de activación, sus pacientes necesitan creer que son vistos como genuinos colaboradores (participantes activos) en el proceso terapéutico.

La diabetes como enfermedad crónica tiene un elevado costo económico para quien la padece. Como ya se ha referido, tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes, pues es una enfermedad incapacitante por los daños vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, los que se expresan en diferentes formas, tales como ceguera, daño renal o amputaciones de miembros, incidiendo en tener que recurrir con repetida frecuencia a la hospitalización de los pacientes.

De todas las variables asociadas con la diabetes, la principal es la obesidad, especialmente la abdominal, ya que causa una resistencia periférica de la insulina y puede disminuir la sensibilidad a la glucosa. Estos efectos pueden ser revertidos con la disminución del peso corporal, principalmente a través del ejercicio, ya que ayuda a mejorar la tolerancia a la glucosa y prevenir el desarrollo de diabetes. La obesidad está presente en la mayoría de los pacientes diabéticos y es la causa principal de muchas de sus complicaciones.

Otra variable asociada con esta enfermedad es la edad, pues se ha identificado que la prevalencia de diabetes aumenta con la edad, siendo más frecuente en los grupos poblacionales mayores de 60 años.

Una dificultad vinculada directamente con la obesidad es la dieta, pero, en muchos casos, existe, por parte de los pacientes, una resistencia de adherencia a la dieta recomendada para el control de la enfermedad, sin tomar conciencia que la importancia de la dieta radica, no sólo en la disminución de la obesidad, sino que permite un control metabólico de la enfermedad, lo cual, obviamente, hace que se incremente notablemente la calidad de vida del paciente, así como su dependencia

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

al consumo de medicamentos para su control.

Se ha demostrado que la pérdida de peso con dietas es efectiva para mejorar el control glucémico en pacientes con diabetes, pero estas intervenciones son difíciles de mantener a largo plazo, ya que la mayoría de los pacientes recupera el peso perdido en 12 meses. El problema con estas intervenciones es que son sólo informativas y no disciplinan al paciente en las conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta, ni los instruyen en lo que tienen que hacer, por qué lo tienen que hacer y reconocer cuándo lo tienen que hacer.

O sea, la dieta es la piedra angular en el tratamiento de la diabetes, ya que a través de ella se puede lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente presentan las personas con diabetes y es causa de muchas de sus complicaciones.

La psicología tiene mucho por hacer a este respecto, a través de intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes, desde la aceptación del régimen y la adherencia a éste hasta el abordaje de la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

En base al modelo interconductual, se derivó el Modelo Psicológico de la Salud, el cual especifica los factores conductuales pertinentes a la salud/enfermedad y sirve como guía tanto para la acción e intervención como para las prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, también ayuda a esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes en ella.

El modelo presenta dos etapas: una de proceso y otra de resultantes. El proceso psicológico de la salud se rastrea desde la historia de cada persona y se relaciona con las dimensiones biológicas que afectan a las competencias presentes. Esta relación lleva a la etapa de resultantes, en la cual, a nivel psicológico, se identifican las conductas instrumentales, que son acciones concretas relacionadas con la salud y que pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas. Estas conductas pueden afectar la

vulnerabilidad biológica de la persona, teniendo como resultado final la presencia de alguna enfermedad biológica y conductas asociadas a ella.

En la aplicación de este modelo al tratamiento de la diabetes, hay que considerar que la intervención del psicólogo se ubica conceptualmente en la fase de resultantes, es decir, sobre la alteración de conductas instrumentales de riesgo en un nivel de prevención secundario y sobre el comportamiento de adherencia terapéutica y de conductas asociadas a la enfermedad en un nivel de prevención terciario.

La prevención es la labor fundamental de la psicología y un objetivo ideal sería incidir en la prevención primaria, o sea, con personas que no tienen la enfermedad. Para ello, sería necesario institucionalizarla y enfocarla en transmitir a las personas competencias para el cuidado de su salud, incluyendo conocimientos sobre diabetes, sus consecuencias, sus formas de prevención, qué es y qué implica seguir una dieta saludable. La institucionalización consistiría en incorporar programas de prevención a las escuelas y dirigirlos a la población infantil.

Cuando la enfermedad está presente, lo pertinente es lograr que el paciente tenga adherencia terapéutica y ahí, como ya se señaló, la piedra angular de la intervención es el apego a la dieta. La adherencia a la dieta debe tratarse también como el establecimiento de competencias específicas de cuidado de la salud, así como la alteración de las conductas instrumentales.

El término “competencias funcionales presentes” se refiere al factor de disposición y la capacidad presente en una persona para enfrentar los requerimientos que le impone la enfermedad, se habla entonces de situaciones que implican logro. Para identificar las competencias presentes se toma en consideración los siguientes elementos:

- a. los requerimientos de la situación, es decir, las demandas que se presentan en términos de manifestar una conducta de adaptación, dar una respuesta correcta, resolver un problema o producir un resultado;
- b. los factores que definen el contexto de

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

la interacción y que son identificables con las características de la situación (factores de disposición de la situación físico/social y del propio individuo);

- c. las formas de respuesta de la persona;
- d. los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como los efectos sobre su propio comportamiento.

Como en el caso de la prevención primaria, es importante que el paciente tenga conocimientos sobre su enfermedad y todo lo relacionado con ella, pero esto no significa un proceso sólo de recibir y dar información, pues la información por sí misma, sin estar vinculada a una práctica efectiva, no tiene ningún impacto efectivo en el comportamiento futuro de la persona.

Este proceso debe consistir en acciones concretas de las personas que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de contraer la enfermedad, empeoren su estado patológico existente, reduzcan la enfermedad o coadyuven a la detención de su evolución o a su remisión. Es decir, estas conductas son indicadores de capacidad o competencia en la medida en que reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud.

Existen cuatro formas de competencias disponibles:

1. Saber qué hacer, en qué circunstancias, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
3. Saber por qué se tiene que hacer o no (sus efectos), y reconocer si se anima o no a hacerlo.
4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo o no hacerlo.

El éxito para abandonar prácticas de riesgo instrumentales depende que las personas posean competencias de carácter extra situacional. Es decir, que las personas sean capaces de responder a una situación como si estuvieran en otra, cuyas condiciones de estimulación no están presentes en forma concreta en el aquí y el ahora.

Tomando en cuenta lo anterior, establecer competencias extra situacionales relevantes a la prevención de la enfermedad, debe traducirse en conocimiento y en habilidades concretas que el paciente debe incorporar en su vida cotidiana. Conocimientos sobre la enfermedad: qué es la diabetes, cómo se manifiesta, cómo se contrae y cómo se trata. Saber que para adquirir diabetes la carga genética es muy importante, como también lo es su comportamiento. Saber que el cansancio, la sed, el hambre, entre otros, son posibles síntomas de la enfermedad- Saber que la diabetes es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable que hay que controlar y que la adherencia terapéutica es la manera de lograr calidad de vida. Saber también a qué síntomas hay que prestar atención y cuándo visitar al médico.

Por otra parte, la persona debe saber que una diabetes no controlada provoca daños irreversibles en el riñón, genera la condición del pie diabético, daños en los ojos que pueden llegar a la ceguera, diversas neuropatías y problemas en el corazón. También debe saber lo que implica el tratamiento médico en cualquiera de estas condiciones, así como los trastornos psicológicos que pueden derivarse y cómo puede afectar, no solamente a la propia persona sino a su familia.

Las competencias deben vincularse al reconocimiento de aquellas situaciones que aumentan la probabilidad que la persona se alimente inadecuadamente. O sea, aprender a reconocer el contexto en el que come, tales como circunstancias sociales específicas (fiestas o reuniones), lugares (restaurantes o tiendas), estados emocionales que propician prácticas alimentarias de riesgo (tristeza, preocupación o aburrimiento), gustos o preferencias por ciertos alimentos no saludables, condiciones biológicas (privación de alimento durante algunas horas), malos hábitos al comer (hacerlo de prisa, en cantidades inadecuadas), entre otros.

Asimismo, es importante reconocer el papel funcional del comportamiento de otras personas, por ejemplo, si hay alguien que determine su forma de comer, o bien que regule sus tendencias a comer de forma inadecuada, o que auspicie una práctica de riesgo.

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

Por último, la persona debe ser capaz de identificar los factores que hacen que aumenten sus niveles de glucosa en sangre, que pueden ser algunos alimentos, estados emocionales específicos o la presencia de otras enfermedades.

Las competencias también tienen que ver con tener formas alternativas de comportamiento para evitar aquellas situaciones que hacen más probable incurrir en prácticas no saludables.

Desde la perspectiva psicológica, un programa de prevención de la diabetes debe contar con una estrategia que permita dotar al paciente de competencias de tipo extra situacional, que se traduzca en la eliminación de conductas instrumentales de riesgo, así como el establecimiento de conductas preventivas que pueden ir desde la evitación de situaciones que favorecen prácticas no saludables, hasta el despliegue de habilidades para interactuar de manera efectiva con las contingencias situacionales de su vida cotidiana, a fin de disminuir la vulnerabilidad biológica y de prevenir los daños irreversibles a órganos y sistemas, característico de una diabetes no controlada.

La psicología es una disciplina que puede aportar soluciones en el campo de la salud y particularmente en el control de la diabetes. Las cifras de prevalencia de esta enfermedad son devastadoras y, como para cualquier otro problema de salud, la prevención es la mejor herramienta.

El modelo psicológico de la salud biológica constituye un marco conceptual que considera los elementos pertinentes a la dimensión de la diabetes y permite diseñar estrategias para su prevención, en base a una aproximación multidisciplinaria, que, para esta enfermedad, es más que apropiada.

### CONCLUSIONES

Conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita a los profesionales el canal de la comunicación, ayuda a explicar y entender lo que le pasa al paciente,

y proporciona un marco de referencia para futuras decisiones y conductas que pueden minimizar los resultados negativos.

La carencia de instrumentos específicos que valoren el daño del paciente con diabetes, que aparece con frecuencia en la práctica clínica con complicaciones emocionales y conductuales, dificulta el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

La persona diabética, en el transcurso de su tratamiento, vivencia sentimientos y comportamientos de aceptación a su condición crónica de salud y a la adaptación de hábitos saludables, se estructura alrededor de sentimientos y comportamientos, que funcionan como premisas que guían, de forma particular, cómo el paciente va a apropiarse de su enfermedad.

El modo como el sujeto expresa sus sentimientos, dirige sus comportamientos de salud, tanto para la búsqueda de hábitos saludables como no saludables, determina las posibilidades y dificultades para el control de su diabetes.

Una mejor comprensión de los sentimientos y comportamientos de la persona diabética contribuye a redirigir el modelo de atención a su salud, incorporando los cuidados integrales que incluyen las dimensiones de bienestar biológico, psicológico, social y espiritual, recomendados en el modelo de atención primaria a la salud.

El diagnóstico de diabetes en una persona es un hecho que impacta a todos los miembros de una familia, aparte de afectar, obviamente, todas las esferas de vida del enfermo, sufriendo un giro o cambio importante la dinámica familiar, siendo el principal afectado el enfermo, ya que este cambio irrumpirá en su estilo de vida, en sus actividades, en sus planes futuros, etc., dando paso a la posibilidad que se presente, aparte de la enfermedad, un trastorno psicológico, como la depresión, el estrés, la negación, la ansiedad, etc., lo que refleja una dificultad en el afrontamiento de esta enfermedad.

## Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

La intervención psicológica constituye una herramienta de afrontamiento para elaborar una nueva concepción de la idea que formó la familia y la persona afectada sobre la enfermedad. Idea que, generalmente, es de limitación, restricción y culpación, que entorpece cualquier opción de afrontar el problema, tomar sus riendas y evolucionar emocionalmente ante la enfermedad.

El objetivo del trabajo psicoterapéutico es formar esquemas mentales nuevos que impliquen y alienten la constancia del paciente, la paciencia del cuidador y del entorno familiar y social cercano, en otras palabras, brindar el optimismo y el soporte emocional que requiere el paciente para transmitir un nuevo sentido a sus sentimientos acerca de su condición y comportamiento conductual, de manera le sea posible acceder a un mejor estilo de vida.

### REFERENCIAS

1. García Flores, R. y Sánchez Sosa, J. J. (2013), Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2: 183-193, México.
  2. Heredia, J.P. y Pinto, B. (2008), *Depresión en diabéticos: Un enfoque sistémico*, Universidad Católica Boliviana "San Pablo", Bolivia.
  3. Islas Andrade, S. A. y col. (2013), *Diabetes mellitus: actualizaciones*, Editorial Alfil, S. A. de C. V., México.
  4. Leitón-Espinoza, Z. E. (2018), Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes", *Revista Salud Uninorte*, vol. 34, núm. 3, Perú.
  5. Organización Mundial de la Salud (2016), *Perfiles de los países para la diabetes*, Organización Mundial para la Salud, ONU.
  6. Orozco-Gómez, A. M. y Sánchez-Jiménez, L. (2017), Análisis del contenido de una Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo Dos, *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, Enero-Junio 2017, Vol. 17 No. 1, pp 35-48, Colombia.
  7. Pineda, N. y col. (2004), *Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus*, Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela.
  8. Portilla García, L. A. (2011), *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
  9. Rodríguez Campuzano, M. L. y García Rodríguez, J. C. (2011), *El Modelo Psicológico de la Salud y la Diabetes*, Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Walsh, A. (2007). An exploration of Biggs' constructive alignment in the context of work-based learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 32 (1), 9.