

PROPUESTA DE INVESTIGACION. Extensión máxima de 20 páginas

A. TÍTULO

Factores personales y sociales en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

B. ANTECEDENTES

El incremento de la diabetes en los últimos años y sus repercusiones sobre la salud pública justifican los esfuerzos encaminados a difundir el conocimiento acerca de su naturaleza y las actitudes precisas para prevenir su aparición o controlar su evolución, aunque en principio se hace necesario conocer qué es la diabetes, la evolución histórica en su estudio, los tipos, manifestaciones y tratamiento.

Diabetes deriva del griego diabetes, que significa pasar, atravesar o sifón (Romero, 1980; citado por Gaitán, 2001). Para Díaz-Rojo (Gómez-Hoyos, 2006), el término diabetes proviene del griego diabetes, que a su vez se deriva del verbo diabaîno (atravesar). Originalmente, la palabra diabetes significaba en griego compás y hacía referencia a una comparación basada en la semejanza entre un compás abierto con una persona caminando, que tiene las piernas colocadas en posición de dar un paso. En patología, el término diabetes, utilizado para referirse a la enfermedad caracterizada por la poliuria (orinar en exceso o más de lo común), empezó a usarse en el siglo I D.C. por Areteo de Capadocia, quien empleaba el término diabetes refiriéndose a la excesiva expulsión de orina, el primer síntoma conocido de la enfermedad. Se sabe que Aulio Cornelio Celso fue el primer autor que describió este padecimiento en el siglo I A.C., llamándolo *urinae nimia profusio* o flujo de orina. Durante el siglo II D.C., Galeno empleó, además del término diabetes, la denominación *dipsacon*, que proviene de *dípsa* o sed. En ese tiempo, el concepto de diabetes, como enfermedad, era muy impreciso, y se utilizaba para nombrar cualquier padecimiento que presentara como síntoma primordial una excesiva expulsión de orina. Puede decirse que el término diabetes era entonces un sinónimo de poliuria. La descripción de Areteo y Galeno perduró durante varios cientos de años, hasta que en los siglos XVIII y XIX se empezaron a incorporar nuevas observaciones y conocimientos.

Por otra parte, para Stedman (1966; citado por Gaitán, 2001), el término Mellitus proviene del latín *millitus*, enmielado. Según Gómez-Hoyos (2006), en 1674, el médico inglés Thomas Willis designó el término diabetes mellitus a la diabetes que se caracteriza por una expulsión excesiva de orina, cuyo color es un matiz amarillento muy similar a una disolución de miel en una gran porción de agua. Propiedad que fue reforzada al darse a conocer que esa orina era de sabor dulce. Así la palabra de origen latino *mellitus* (miel) fue incorporada al término diabetes. De forma general, en la actualidad se conoce a la diabetes mellitus como un desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o

acción de la insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria, SAMFyC, 2003). Entre las explicaciones de la enfermedad es que se caracteriza por la falta de insulina, con aumento de azúcar en sangre y repercusión en el aparato circulatorio y sistema nervioso, principalmente (Gaitán, 2001).

La diabetes, es un trastorno sistémico que se acompaña de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, cuyo denominador común es la hiperglucemia. Esta enfermedad se caracteriza por la existencia de un componente metabólico que se asocia con lesiones de los pequeños vasos sanguíneos (microcirculación) sobre todo en la retina y el riñón, predisponiendo también a lesión de los grandes vasos (macrocirculación) y a alteraciones del sistema nervioso (neuropatías) (Niklison, 2003).

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades que se caracterizan por niveles altos de glucosa en la sangre como resultado de una producción deficiente de insulina, una acción inadecuada de la insulina o ambas cosas. La diabetes puede provocar graves complicaciones y la muerte prematura, pero las personas con diabetes pueden tomar algunas medidas para controlar la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2005).

En palabras de Durán-Varela, Rivera-Chavira y Franco-Gallegos (2001), la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta.

Para Rodríguez (2002), la diabetes mellitus se define como una alteración del metabolismo que se debe a una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, lo que condiciona la elevación de la concentración de glucosa en la sangre y la propensión al desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas. Esta definición, en palabras del autor, indica un ejemplo de un trastorno funcional derivado de la alteración en la secreción de la insulina que es capaz de producir una afectación orgánica de los grandes y pequeños vasos sanguíneos, que origina graves complicaciones en múltiples órganos y sistemas, como en la retina, el riñón, la circulación coronaria, cerebral y de las extremidades inferiores.

Otra definición indica que la diabetes mellitus es un desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. La importancia de este problema deriva de su frecuencia y de sus complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los

países desarrollados, a parte de afectar a la calidad de vida de las personas afectadas.

La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos de carácter crónico caracterizados por un elemento común, la hiperglucemia, que contribuye al desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neuropáticas, lo que la sitúa como una de las principales causas de morbi-mortalidad de las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo (SAMFyC, 2000).

Por su parte Franscello (2005) indica de la diabetes mellitus que es una enfermedad que se caracteriza por una presencia de hiperglicemia crónica, acompañada de síntomas debido a la ineficacia o carencia en la producción de insulina. En este padecimiento, existen muchos órganos que se afectan; los ojos, el riñón, el corazón, las arterias, los nervios periféricos. La pérdida de la función del páncreas para producir insulina, en particular las células beta, genera síntomas como la pérdida de peso involuntaria, sed exagerada, necesidad de orinar (tipo 1 y 2).

Una definición diferente a la anterior dicta que la diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa que surge por deficiencia de insulina, hormona que permite la entrada de glucosa a las células, manifestándose principalmente con un incremento en los niveles de azúcar en la sangre (glucosa sanguínea), condición denominada hiperglicemia (Grupo Galo, 2004).

Para finalizar, una vez presentadas algunas de las definiciones de la enfermedad, se indica a continuación la que se considera la definición más utilizada a nivel mundial y que contiene los elementos descriptivos de la enfermedad, que emite la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 1997; citada por Pérez-Pastén, 2003), que además de dar algunas recomendaciones para el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, apunta que ésta es un síndrome (conjunto de padecimientos), que se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Esta definición es la que se utilizará como base del presente trabajo de investigación.

Si bien existen varias clases de diabetes, como la diabetes gestacional y las de tipo MODY, hay dos tipos predominantes (Brannon y Feist, 2001; Beneit-Medina, 1994; Gallar, 2002) que son:

1. La diabetes mellitus de tipo 1 o anteriormente denominada insulino dependiente (DMID) o diabetes juvenil es caracterizada por una insuficiente producción de insulina (Gallar, 2002), autoinmune que tiene lugar cuando el sistema inmunológico ataca a las células fabricantes de insulina en el páncreas, destruyéndolas. Suele iniciar en etapas infantiles o en la adolescencia, requiere del uso de insulina para la sobrevivencia del paciente y tiene una prevalencia de entre 5 y 10% de todos los casos de diabetes.
2. La diabetes mellitus no dependiente de insulina (DMNID), también conocida como diabetes adulta o del Tipo 2, donde existe una resistencia a la acción

de la insulina, de forma que aunque la hormona se sintetice con normalidad, no surte el efecto deseado (Gallar, 2002). Esta, tiende a aparecer durante la edad adulta, sobre todo cuando hay algunos factores que la predisponen como la obesidad, tener familiares con diabetes, hipertensión arterial y falta de ejercicio por ejemplo y conforma el 95% de los casos con diabetes (Beneit-Medina, 1994; Brannon y Feist, 2001; Gallar, 2002).

En cuanto a los efectos de la enfermedad, Gallar (2002) divide las consecuencias de la diabetes a corto y a largo plazo:

1. A corto plazo: la hiperglucemia mantenida puede desembocar en un coma (cetoacidótico o hiperosmolar), mortal si no es tratado de inmediato. Los diabéticos en tratamiento pueden sufrir también hipoglucemias debido a la mala regulación de su tratamiento con insulina, de fatales consecuencias si no son atendidas urgentemente.
2. A largo plazo, la diabetes induce complicaciones tardías, al provocar alteraciones en diversos órganos corporales y en los vasos sanguíneos: arteriosclerosis, arteropatías de las coronarias (angina de infarto miocárdico), gangrenas diabéticas (por inquemia), hipertensión arterial, vasculopatías periféricas; las de tipo ocular incluyen: cataratas y retinopatías; las de tipo renal: nefropatías, glomerulosclerosis, nefroangioesclerosis del trasto urinario, necrosis papilar e insuficiencia renal; neurológicas: neuropatía periférica, disfunción vegetativa, afección de pares craneales y amiotrofia; las de tipo cutáneo: prurito, rubeosis diabética, dermatopatía diabética, infecciones bacterianas y micosis; cardiopatías, además de hiperlipoproteinemias en el metabolismo, etc., cuya probabilidad de aparición y gravedad dependen en parte del estricto cumplimiento del tratamiento.

La administración de fármacos sirve para controlar los síntomas más graves que presenta la deficiencia de esta sustancia, pero no cura la enfermedad. Tampoco las inyecciones de insulina sustituyen la producción normal de esta hormona. La falta de insulina impide que el nivel de azúcar en la sangre sea regulado por los mecanismos de control del organismo. Esta incapacidad de regulación hace que los diabéticos tengan diversos problemas de salud. Este elevado nivel de azúcar parece estar relacionado con el desarrollo de las siguientes manifestaciones:

1. Daños en los vasos sanguíneos, por lo que los diabéticos tienden a desarrollar problemas cardiovasculares (el diabético presenta el doble de probabilidades que la gente sana de padecer hipertensión y enfermedades cardiacas).
2. Daños en la retina, por lo que los diabéticos corren el riesgo de padecer ceguera (los pacientes diabéticos presentan una tendencia 17 veces mayor de perder la vista que los que no sufren esta enfermedad), y
3. Enfermedades renales, lo que hace que los diabéticos suelen padecer en mayor medida enfermedades renales, por otra parte, los diabéticos, en comparación con las personas que no lo son, presentan un riesgo dos

veces mayor de padecer cáncer de páncreas (Evarhart y Wright, 1995; citado por Brannon y Feist, 2001).

Aún cuando se conocen los síntomas característicos de la diabetes, lo más importante una vez que se ha hecho el diagnóstico de la enfermedad, es conocer los síntomas precoces de sus complicaciones agudas más frecuentes e inmediatas; es decir, el coma cetoacidótico (crisis hiperglucémica) y el shock insulínico (crisis hipoglucémica). Este conocimiento, puede ser importante por las razones a continuación expuestas (Beneit-Medina, 1994):

1. Estas complicaciones agudas pueden causar la muerte del diabético
2. Las complicaciones crónicas de la diabetes empeoran y se agravan en función de la frecuencia e intensidad con que se sucedan estas complicaciones agudas
3. Las complicaciones agudas exigen con la máxima urgencia la puesta en marcha de determinadas medidas (administración de insulina en la crisis hiperglucémica y administración de azúcar en la crisis hipoglucémica); medidas que resultan rápidamente eficaces, recuperándose el paciente tras su administración y evitándose así el grave riesgo en que se encontraba.

Una vez que se han expuesto la definición, tipos, manifestaciones y algunas consecuencias, se indica que en este tipo de enfermedad, se requieren ciertos cambios en el estilo de vida para que el paciente se adapte al padecimiento y minimice las complicaciones en su salud. El nivel de glucemia depende fundamentalmente de una adecuada regulación del nivel de insulina que esté acorde con la ingestión de alimentos, de la medicamentación (antihiperoglucemiantes o insulina por ejemplo), de las revisiones continuadas con el médico y del ejercicio físico, concluyendo que es el propio enfermo quien tiene la posibilidad de controlar, elevando o bajando su nivel de glucosa en sangre, actuando directa o indirectamente sobre alguno de los aspectos anteriores (Roales-Nieto, 1990; citado por Beneit-Medina, 1994). En lo anterior, se basa el tratamiento médico de la diabetes, por lo que se requieren un control diario y una adherencia relativamente estricta a los regímenes médicos, así como a un estilo de vida específico (Brannon y Feist, 2001).

En este sentido, el autocuidado es indispensable para restablecer el control de la glicemia y prevenir las complicaciones. El autocuidado debe enfocarse al control de la glucosa en sangre y/o orina, así como la responsabilidad de la persona con diabetes con su tratamiento, llevar un estilo de vida saludable, cumplir con su dieta, revisar y tener cuidado de los pies, realizar ejercicio y no fumar, mantener la presión arterial en niveles adecuados al igual que de algunos componentes sanguíneos y de un manejo adecuado de las emociones (Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo, 1993).

En el caso de la diabetes de Tipo 2, el paciente no suele requerir el uso de inyecciones de insulina, pero sí supone la incorporación de cambios en el estilo de vida y medicación de administración oral.

Para Mussi (2004), el carácter crónico de determinadas enfermedades constituye un elemento de ser analizado de forma independiente, ya que supone que además de los efectos negativos que sobre la salud y el bienestar en general que cualquier enfermedad tiene, se añade la característica de permanencia, lo que constituye de entrada, un factor estresante. Como enfermedad crónica, el diagnóstico de cualquier enfermedad de este tipo produce un impacto en el paciente por dos razones:

1. La reacción emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable que durará toda la vida.
2. Los ajustes en el estilo de vida que impone esta enfermedad.

En el caso de las enfermedades crónicas como la diabetes, quien la padece puede sentir que es una carga, por lo que desea aislarse y evita pedir ayuda. Si el paciente se deprime, su estado le conducirá al aislamiento y a una reacción negativa ante los ofrecimientos de ayuda.

Algunas personas diagnosticadas con diabetes, niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de efectuar restricciones dietéticas y de tomar la medicación necesaria. En este caso, el estilo de vida adoptado durante muchos años y que requeriría ser cambiado producto de la enfermedad, torna difícil llevar a cabo el tratamiento y si a esto se le suman las creencias en torno a la diabetes, en muchos casos el paciente recurre de un profesional de la salud a otro o con otras alternativas que no en todos los casos son efectivas para tratar sus síntomas, lo cual puede agravar la diabetes. Otros pacientes se vuelven agresivos y adoptan dos conductas posibles:

- 1) Exteriorizan su agresividad, rechazando adherirse al tratamiento.
- 2) La interiorizan, deprimiéndose (Figuerola, 2004).

Continúa Mussi (2004) diciendo que muchas personas con diabetes desarrollan dependencia psicológica y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado. Todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de azúcar en la sangre, provocando graves complicaciones de salud, incluyendo la muerte. Si además de esto, se examinan otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc., la situación se complica más.

El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que ésta plantea y depende de factores como su duración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación. Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital. Las características propias de esta enfermedad crónica determinan el grado de estrés desarrollado y su afrontamiento, por lo que es necesario realizar un análisis específico de los efectos y reacciones con base en componentes idiosincrásicos de cada enfermedad (Figuerola, 2004).

El reporte de Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo (1993), indica que existen pocas investigaciones sobre el problema de la diabetes abordado por la disciplina psicológica y es en documentos de la década de los cuarenta del siglo veinte que se hacen investigaciones tratando de encontrar una personalidad del diabético. Hacia los ochenta, los psicólogos han identificado que el funcionamiento biológico se puede ver afectado por variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés; esta interacción entre las variables psicológicas y las de funcionamiento biológico actúa por tres vías:

1. Cognitivas y emocionales: capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, que se encuentran en constante interacción.
2. Conductuales: traducidas en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.
3. Ecológico-conductuales: modifican el ambiente natural y social, como en el caso de los cambios tecnológicos y culturales, que actúan sobre el proceso de salud y de enfermedad, por ejemplo, la industrialización, la gran cantidad de alimentos procesados o con alto contenido calórico, la contaminación ambiental.

Los hallazgos reportados por Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo (1993) indican que en el universo del paciente con diabetes, existen varios tipos: aquél que en función de sus características de personalidad, su adherencia terapéutica, su conocimiento sobre la nutrición y la percepción que tiene sobre el proceso salud-enfermedad, puede hacerse cargo de su enfermedad y tomar decisiones informadas para el cuidado de su salud; en el otro grupo, las personas se niegan a aceptar la enfermedad, atribuyéndole causas mágicas o ajenas a ellos, por lo cual es difícil que tomen las riendas de su tratamiento; en el tercer grupo, aquellas personas que debido a su cronicidad, tienen respuestas fisiológicas difíciles de modular, por lo que requieren cambios sustanciales en el manejo terapéutico y psicológico.

Entre las consecuencias notables de una enfermedad crónica está el desencadenamiento de un conjunto de situaciones estresantes entre las que se encuentran la imposibilidad de curación, la incertidumbre sobre el porvenir, las implicaciones económicas, la posibilidad de alteración de las relaciones familiares y sociales, lo que puede provocar un estado de estrés crónico que puede extinguir las conductas de apoyo y altera las relaciones con los miembros de la red. Así, en determinados procesos crónicos, la actitud de la persona enferma continuamente estresada, ansiosa o preocupada puede producir un desequilibrio de la balanza de costos y beneficios con las personas que conforman la red, lo cual provocará un distanciamiento de éstos (Mussi, 2004). A esto se suman las actitudes y comportamientos de quienes rodean al paciente con diabetes, que pueden ser inadecuadas, por ejemplo la evitación física, negativa a hablar sobre la enfermedad, provocando rechazo social.

La diabetes mellitus es un padecimiento que de acuerdo con Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo (1993) tiene una irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto, definiéndose así como una enfermedad crónico-degenerativa. Según estos autores, el reciente desarrollo de la psicología de la salud, propone al paciente alternativas para el control de su enfermedad, basadas en un entrenamiento psicológico, en primera instancia basado en que el paciente supere el sentimiento de pérdida de su salud, que con frecuencia hace que se decaiga su estado afectivo y produce una serie de cambios fisiológicos que agravan la enfermedad.

En el caso de la psicología, el papel de los profesionales de la salud mental es en la participación tanto en la investigación como en el tratamiento de la diabetes. Los esfuerzos en el área de la investigación se centran en la manera en que la persona con diabetes comprende y conceptualiza su enfermedad, la presencia o no de estrés y de fenómenos como la depresión, la dinámica familiar cuando se tiene un enfermo con diabetes en casa, el estilo de vida que adopta, el grado de control o no control que cree tener hacia su enfermedad (autoeficacia) y la percepción de la calidad de vida en relación con su diabetes y cómo estas variables se relacionan con el grado de adherencia terapéutica.

Al respecto de la adherencia al tratamiento, ésta se ve permeada por algunas variables como características de personalidad, estado de ánimo, ambiente social, creencias en torno a la salud y la enfermedad, el estilo de vida, los conocimientos en torno a la enfermedad, las redes de apoyo disponibles, el carácter o sintomatología de la enfermedad que afecta la calidad de vida de la persona (Sánchez-Sosa, 2002) y la concepción de la enfermedad como curable o no (Mussi, 2004), ya que estudios (Haynes y Sacket, 1986; citado por Benet-Medina, 1994, Brannon y Feist, 2001), indican que los regimenes complicados que persisten por largo tiempo y que requieren cambios sustanciales en el estilo de vida, se asocian a una pobre adherencia, lo cual parece describir el caso de la diabetes, pues parte de los factores de riesgo que pueden llevar a padecerla son la obesidad, hábitos no saludables como el sedentarismo, consumo de alimentos con alto contenido de grasa y carbohidratos y la presencia continuada de estrés.

El papel de la psicología de la salud en el manejo de la diabetes tiende a expandirse, ya que se pueden sumar componentes conductuales a los programas de educación de los pacientes con diabetes. La educación por sí sola no resulta adecuada para ayudar a la persona a seguir su régimen y en vista de que factores como el estrés y la presión social que condicionan a una alimentación inadecuada afectan a la adherencia, los programas que incluyen un componente de entrenamiento conductual pueden resultar muy útiles en el manejo de la diabetes, si es que se contemplan algunas acciones (Beneit-Medina, 1994):

1. Apoyo informacional sobre la enfermedad, indicando en qué consiste, cuáles son sus causas y consecuencias, la importancia de su papel activo, reconocer síntomas, consecuencias y tratamiento.
2. Formación en autocuidado de la diabetes: No garantiza la posterior adherencia al tratamiento, pero asegura una mejor toma de decisiones

basadas en la información y en el desarrollo de habilidades específicas para actuar ante la enfermedad (plan de alimentación, toma de medicamentos, monitoreo de glucosa e interpretación de cifras, realización de ejercicio y cuidados generales de salud física y mental). Con esto, se puede lograr evitar, reducir o retrasar las complicaciones de la diabetes.

Para ir cerrando el orden de ideas, de acuerdo con Mussi (2004), la intervención desde la psicología con el paciente con diabetes, puede variar desde la atención individual para ayudarlo a aceptar el diagnóstico de su enfermedad y las implicaciones que ésta tiene en el nivel personal, de pareja, familiar y social; la atención debe ampliarse a la atención con grupos de apoyo por ejemplo, donde el paciente pueda compartir sus experiencias y aprender de otros; en el entrenamiento de estrategias conductuales y cognitivas para hacer frente a su enfermedad (manejo de emociones negativas, entrenamiento en asertividad y en autoeficacia y en algunas otras habilidades sociales) ante sí y ante otros; brindar apoyo social a través de un grupo profesional de trabajo que incluya al médico, enfermería, trabajo social, nutrición, educación física y psicología, entre otros. Para el logro de este objetivo, es necesario primero tener un conocimiento de cómo la enfermedad impacta en el área personal y social de quien padece diabetes, desde un abordaje cualitativo y cuantitativo con una muestra de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2.

C. JUSTIFICACIÓN

Según datos recientes (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005; Wild, Roglic, Green, Sicree y King, 2004), para el año 2000, existían 171,000,000 de personas con diabetes en el mundo y se estima que para el año 2030, esta cifra sea de 366,000,000. En México, estos datos indican que hacia el año 2000 habían 2,179,000 personas con diabetes y que en el 2030, alcanzará los 6,130,000 personas, lo cual indica la gravedad de la diabetes como problema de salud mental (Federación Mexicana de Diabetes, FMD, 2005). Si a lo anterior se le suma el de por sí factor de riesgo que por genética tiene la población mexicana, el estilo de vida sedentario que se ha adoptado en la actualidad, la presencia de obesidad en gran parte de la población y el estilo alimentario basado en un alto consumo de cantidades de carbohidratos, grasas y de azúcares (alimentos chatarra, pan, tortilla, grasas de origen animal y refrescos por ejemplo), las cifras que se indicaron anteriormente podrían incrementarse aún más y México sería un país con una de las tasas más altas de población con diabetes. Algunos datos como los proporcionados por el ISSEMyM (2007), indican que entre la población derechohabiente de esa institución pública de salud, existen más de 60,000 casos detectados de diabetes, más aún aquellos con una alta predisposición que aún no la tienen pero que pueden tener un síndrome metabólico o una diabetes sin detectar todavía. Este Instituto indica que gran parte de la dificultad del trabajo en la atención de estos pacientes, está en la falta de adherencia terapéutica, de la cual ya se habló en los antecedentes, que está permeada por factores diversos de tipo personal (creencias, mitos, estilos de personalidad, habilidades sociales,

estado emocional de la persona, conocimientos, estilo de vida, actitudes hacia la enfermedad) y sociales (dinámica familiar, entorno social inmediato, redes de apoyo percibidas y percepción del sistema de salud y del médico); esta falta de adherencia terapéutica pone en riesgo mayor la de por sí ya fracturada salud del enfermo con diabetes, quien al estar descontrolado en sus cifras de glucosa y al no seguir de forma puntual el tratamiento, acelera las complicaciones propias de la enfermedad. Por esto, es necesario abordar desde la psicología, aquellas variables personales y sociales que permitan entender desde el protagonista que vive y tiene que lidiar con la diabetes, cómo es que ésta le significa, sus implicaciones y tener un panorama descriptivo de su estado de ánimo, sus creencias, el grado de autoeficacia para hacer frente a la enfermedad, la percepción de la familia ante la enfermedad, su estilo y calidad de vida, con la finalidad de que estos resultados sienten las bases para la generación de programas de atención al paciente con diabetes, desde una visión integradora de la psicología de la salud.

D. OBJETIVOS.

D.1. Objetivos Generales

Describir cómo es la vivencia en torno a la enfermedad y evaluar los factores personales y sociales involucrados en la enfermedad, en un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Debido a que se desea obtener tanto la percepción subjetiva como una visión descriptiva de las personas con diabetes, se realizarán dos tipos de abordajes metodológicos: cualitativo y cuantitativo. Por lo anterior, los objetivos específicos y la metodología, se indican para cada una de las dos fases contempladas.

D.2. Objetivos Específicos Primera Fase

1. Describir cómo la persona con diabetes mellitus tipo 2 conceptualizan, interpreta y maneja su enfermedad, incluyendo las implicaciones en los niveles personal, de pareja, familiares y sociales, a través del uso de grupos focales.
2. Describir cómo los familiares de pacientes con diabetes mellitus conceptualizan, interpretan y hacen frente como grupo ante la enfermedad, a través del uso de grupos focales.

D.3. Objetivos Específicos Segunda Fase

1. Describir las características sociodemográficas de un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2.
2. Obtener la percepción de la satisfacción con su calidad de vida y su percepción de funcionamiento sistémico de la familia, en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2.
3. Obtener el nivel de estrés percibido, de depresión y de autoeficacia de un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2.

4. Describir el estilo de afrontamiento y el estilo de vida de un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2.
5. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2, al contrastar las variables evaluadas por características sociodemográficas (género, edad, años de padecimiento y tipo de control).

D.4. Metas Académicas:

1. Publicación de tres artículos en revistas indexadas que se encuentren en el listado de REDALyC (UAEMex) y un cuaderno de investigación con las aportaciones conceptuales y los aportes de investigación en torno a la diabetes desde la psicología.
2. Difundir el conocimiento a través de la participación en foros y congresos relacionados con la psicología, psicología clínica, psicología de la salud y el área de la salud en general en al menos dos conferencias a nivel nacional y dos conferencias a nivel internacional.
3. Fortalecer la vinculación docencia-investigación a través de la inserción de estudiantes de licenciatura en psicología en esta investigación y en consecuencia, contribuir al incremento del índice de eficiencia Terminal a través de la titulación de al menos dos egresados, ya sea con la obtención del título mediante tesis o por publicación de artículo.

D.5. Metas Para el Fortalecimiento y/o Consolidación del CA

Fortalecimiento del estado de conocimiento de aquellas variables psicológicas relacionadas con la salud-enfermedad físicas y su repercusión en el nivel de salud mental psicológico.

Consolidación del Cuerpo Académico en relación al abordaje de temas de Psicología de la Salud, al incluir a cuatro miembros del Cuerpo Académico en este proyecto de investigación, mismos que estarán involucrados en la generación de conocimiento y su difusión a través de la publicación conjunta de productos de investigación.

E. MÉTODO

E.1. Tipo de estudio

Primera fase: Es un estudio exploratorio, de tipo cualitativo, de tres grupos, con una sola medición.

Segunda fase: Es un estudio confirmatorio, de tipo cuantitativo, de un solo grupo, con una sola medición.

E.2. Limitaciones del estudio

Por las características del muestreo de tipo intencional que se utilizará, los resultados sólo podrán ser generalizables a los sujetos investigados.

E.3. Participantes

Primera fase: Para la aplicación de la técnica de grupos focales de las personas que padecen diabetes, se seleccionarán personas adultas, diagnosticadas con diabetes mellitus del tipo 2, de ambos sexos, con tiempo mínimo de diagnóstico de diabetes de un año, sin complicaciones graves en el momento de la aplicación de la técnica y que acepten participar de manera voluntaria en la investigación. Atendiendo a las consideraciones de los grupos focales, se calcula que el rango de participantes puede oscilar entre 12 como mínimo y 30 como máximo. Para aplicar los grupos focales a los familiares de personas con diabetes mellitus 2, se seleccionaran a entre 6 y 12 personas adultas, de ambos sexos, que vivan con un familiar con diagnóstico de diabetes y que acepten participar de forma voluntaria en la investigación.

Segunda fase: Para la fase cuantitativa de investigación que consiste en la aplicación de diversos instrumentos de evaluación, se trabajará con 60 personas adultas, diagnosticadas con diabetes mellitus del tipo 2, con edad mínimo de 18 años de edad, de ambos sexos, con un tiempo mínimo de diagnóstico de la enfermedad de un año, que sepan leer y escribir, sin complicaciones graves en el momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación y que participen de forma voluntaria en la investigación. Se excluyen aquí a aquellas personas que hayan participado en la fase 1 de la investigación.

E.4. Hipótesis de Investigación

Las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, tienen una vivencia particular en torno a su enfermedad y los factores personales y sociales que se ven involucrados en la enfermedad se conforman de cierta manera.

E.5. Ejes de análisis y variables de investigación

Primera fase: Los ejes de análisis de que considerarán en la investigación acerca del significado de la enfermedad, factores emocionales involucrados en la enfermedad, afrontamiento de la enfermedad y entorno social que rodea a la enfermedad.

Segunda fase: Se indican a continuación las variables con las que se trabajará en la fase cuantitativa de la investigación.

- Características Sociodemográficas: Datos referentes a características personales, recogidas en una cédula de registro aplicada a los participantes al inicio de la evaluación con los instrumentos de evaluación.
- Depresión: Conjunto de manifestaciones ideativas, de conducta y afectivas caracterizadas por la disminución de autoestima, aparición de síntomas físicos y sufrimiento mental (Calderón-Narváez, 1997) experimentado por la persona y evaluado con el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo (CCDSD; Calderón-Narváez, 1997).
- Autoeficacia Percibida: Es el grado de control y de confianza que la persona concibe que tiene para el manejo adecuado de la diabetes y sus complicaciones (Anderson, 2001), evaluado a través de la Diabetes Empowerment Scale, en su versión corta en español (DES-SS, Anderson, Funnell, Fitzgerald y Marrero, 2000).

- **Estilo de Vida:** Forma general de vivir basada en la interacción entre condiciones de vida y patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales de los individuos. Son patrones de conducta que se eligen entre alternativas disponibles y que incluyen el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad hacia la salud, tiempo libre, relaciones interpersonales y sexuales y actividades laborales, evaluados a través del Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (IMEVID, López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Murguía-Miranda, 2003).
- **Estrés Percibido:** Grado con el cual la persona encuentra que su vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada, evaluada con el European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS, Remor, 2006).
- **Calidad de Vida:** En su relación con la salud, se define a la calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por la diabetes (Sánchez-Sosa, 2002), evaluada a través de la Diabetes Quality of Life, en su versión en español (EsDQOL, Robles-García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez-Agraz y Nicolini-Sánchez, 2003).
- **Percepción del Funcionamiento Sistémico de la Familia:** Referido como el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de acuerdo con el soporte social brindado por la familia en términos de adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Arias y Herrera, 1994), evaluados con el APGAR Familiar (Smilkstein, 1980, citado por Arias y Herrera, 1994).
- **Tipo de Control Médico:** Indicador médico de la adherencia terapéutica al tratamiento de la diabetes, evaluada con la prueba de laboratorio denominada Nivel de hemoglobina Glicosilada o Glicada (HB1Ac; Michigan Diabetes Research and Training Center, 2005).

E.6. Técnicas e instrumentos a utilizar

Primera fase: Para obtener la información, se utilizará la técnica de grupos focales, que es una forma de investigación cualitativa que se utiliza para entender cómo se forman las diferentes perspectivas y actitudes de un hecho o de investigación aplicada (Krueger, 1988; citado por Balcázar, González-Arratia, Gurrola y Moysén, 2006). Esta técnica es una entrevista semiestructurada de tipo grupal que en una sesión de entre una a dos horas, explora el tema de investigación, que en este caso será la vivencia de padecer la enfermedad o de vivir con un familiar con diabetes, previa estructuración de una guía de tópicos.

Segunda fase: Se utilizarán las escalas de evaluación indicadas a continuación, de las cuales se da una breve ficha técnica.

- **Ficha sociodemográfica:** Datos referentes a la edad, género, ocupación, grado de estudios, estado civil, número de años con diagnóstico de diabetes, complicaciones producidas por la enfermedad, familiares directos que han padecido diabetes, tipo de tratamiento que lleva a cabo, fecha y resultado de último control de glucosa en sangre y exploración de síntomas físicos.

- Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo (CCDSD; Calderón-Narváez, 1997). Compuesto por 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta que hacen referencia a sintomatología depresiva diversa y que al puntuarse, permite clasificar la presencia o no de depresión y el grado en que se presenta. Ha sido adaptado y validado en población mexicana clínica y abierta (0.86 de confiabilidad).
- Diabetes Empowerment Scale, en su versión corta en español (DES-SS, Anderson, Funnell, Fitzgerald y Marrero, 2000). Compuesto por 7 reactivos tipo Likert que evalúan el grado de confianza que percibe la persona en actividades centradas en el cuidado de su diabetes. Los datos de medición revelan confiabilidad test-retest por arriba de 0.80 y varianzas explicadas del 59%.
- Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (IMEVID, López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Murguía-Miranda, 2003). Escala que integra 25 reactivos de tres opciones de respuesta para cada uno, con valores alfa entre 0.86 y 0.95, que explican el 60.4% de varianza explicada y probado en poblaciones clínicas mexicanas.
- European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS, Remor, 2006). Se compone de 14 reactivos tipo Likert, adaptado en población mexicana, con valores de 0.81 o más de consistencia interna y pruebas test-retest de 0.73 y 0.77 en intervalos de aplicación de dos semanas.
- Diabetes Quality of Life, en su versión en español (EsDQOL-S, Robles-García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez-Agraz y Nicolini-Sánchez, 2003). Traducido y validado en muestras de pacientes mexicanos con valores alfas entre 0.76 y 0.88 y confiabilidad de 0.81, integra 43 reactivos tipo Likert útiles en la investigación con pacientes con diabetes.
- APGAR Familiar (Smilkstein, 1980, citado por Arias y Herrera, 1994). Elaborado en Estados Unidos y probado en diferentes contextos culturales incluyendo grupos latinos, evalúa la percepción del funcionamiento en la familia a través de cinco reactivos de elección forzada tipo Likert y dos reactivos para detectar y evaluar la calidad de soporte de amigos y que al sumarse dan un diagnóstico de la percepción de dicho funcionamiento. Sus valores numéricos (0.86 o más), dan cuenta de la confianza con la que puede aplicarse.
- Prueba de Nivel de Hemoglobina Glicosilada (HB1Ac), que indica el promedio de glucosa en sangre de la persona en los últimos tres meses y que a través del establecimiento de rangos, permite indicar si existe o no control metabólico y en consecuencia, adherencia o no terapéutica al tratamiento para la diabetes (Johnson, 2000; Michigan Diabetes Research and Training Center, 2005).

E.7. Procedimiento

Primera fase: Una vez revisada la teoría y obtenidos los ejes temáticos de trabajo, se elaborará la guía de tópicos a utilizarse en los grupos focales tanto de personas con diabetes como de personas con familiares que padecen diabetes.

Se establecerá contacto con los sujetos de investigación, formalizando fecha, lugar y hora de trabajo. Se llevará a cabo cada uno de los grupos focales videograbando las sesiones con consentimiento de los participantes para luego vaciarse y procesar la información. Se analizará la información y se obtendrán resultados.

Segunda fase: Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, se establecerá contacto con las personas que reúnen los criterios de inclusión en la muestra y se aplicarán los instrumentos en pequeños grupos o de forma individual. Se vaciará la información en bases de datos y será analizada y procesada estadísticamente.

E.9. Tratamiento de los datos

Primera fase: Se transcribirá la información vertida en cada uno de los grupos focales y se analizará ajustándose al proceso indicado por la teoría fundamentada, recabando y sistematizando los principales temas que aparecen en el discurso de los entrevistados. El análisis se realizará por segmentación de acuerdo con los ejes temáticos (Bonilla y García, 2002).

Segunda fase

Para el procesamiento estadístico que permita contestar a los objetivos descriptivos, se hará uso de la estadística descriptiva. Para responder a los objetivos que hacen referencia a obtener comparaciones, se efectuarán análisis de comparación de acuerdo con el nivel de medición de los instrumentos en cada caso, trabajando en un nivel de significancia de 0.05.

E.10. Criterios para la depuración de los datos.

Verificabilidad. Objetividad y veracidad de la información recabada que se realiza a través de triangulación de datos.

Confirmabilidad y transferibilidad. Estimación de la consistencia de los datos obtenidos y de la posibilidad de explicación de situaciones semejantes.

F. INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE

- ψ Contactos con instituciones de salud en las cuales se pueda contactar a las personas con diabetes o a sus familiares.
- ψ Salas para realizar grupos focales.
- ψ Paquetes estadísticos para el procesamiento de la información.
- ψ Acceso a bases de datos para la integración de la información teórica.
- ψ Expertos en la realización de los grupos focales

G. CONSISTENCIA CON LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LOS CA INVOLUCRADOS

La investigación presente guarda una estrecha relación con la línea de generación de conocimiento de psicología clínica del ciclo vital, ya que la temática de la diabetes abordada desde el ámbito de la psicología, es uno de los temas de trabajo en el área de la Psicología de la Salud, misma que aborda aspectos clínicos y no clínicos en diferentes ciclos de la vida de la persona. En este caso, en poblaciones clínicas con diabetes de tipo 2, adultos, de tal manera que el tema permite comprender cómo es que la persona con diagnóstico de la diabetes vive su enfermedad, los procesos personales y sociales que están envueltos en su evolución y las interrelaciones con algunas variables sociodemográficas. En especial el cuerpo académico Clínica y Familia, responsable de la línea de investigación en Psicología Clínica del Ciclo Vital, aborda temáticas de investigación en psicopatología que están determinadas y repercuten en desórdenes del campo de lo psicológico. Así, el estudio de la diabetes desde la psicología permite explorar, medir y explicar el proceso de salud-enfermedad en personas que tienen diabetes tipo 2 a través de técnicas que garantizan la obtención de resultados acordes con la realidad sociocultural en la que viven estos pacientes.

H. PRODUCTOS

1. Cuatro artículos (dos en revistas arbitradas y dos en revistas indexadas en la lista de REDALyC)
2. Un cuadernillo de investigación
3. Dos tesis de licenciatura
4. Cuatro conferencias (dos internacionales y dos nacionales)

I. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

Fase I.

Meta: Integración de teoría y aplicación de investigación a través del uso de grupos focales para la articulación de un modelo teórico que permita comprender la diabetes desde quien la vive.

Actividades: Búsqueda de información bibliográfica y hemerográfica; estructuración de capitulado de información; elaboración de guías de entrevista conforme los ejes temáticos de la investigación; realización de los grupos focales; análisis de la información de los grupos focales; contrastación entre la teoría y los resultados de los grupos focales; obtención de conclusiones de la fase cualitativa e integración del reporte parcial de resultados.

Fecha de inicio: 01 de octubre de 2008

Fecha de término: 31 de marzo de 2009

Fecha de informe de avance (reporte parcial): 10 de abril de 2009

Fecha del informe final: 10 de octubre de 2009

Fase II.

Meta: Integración de teoría y de investigación pura a través de la aplicación de pruebas que evalúan las variables de investigación elegidas con la finalidad de describir, evaluar y comparar estas manifestaciones entre los participantes de la investigación.

Actividades: Búsqueda de información bibliográfica y hemerográfica; aplicación de pruebas a los participantes de la segunda fase; elaboración de bases de datos con los resultados de la aplicación; realización del procesamiento estadístico de los datos para analizar la información de las pruebas; contrastación entre la teoría y los resultados de las pruebas aplicadas en la fase II; obtención de las conclusiones de la fase cuantitativa e integración del reporte final de investigación.

Fecha de inicio: 01 de abril de 2009

Fecha de término: 30 de septiembre de 2009

Fecha del informe final: 10 de octubre de 2009

J. REFERENCIAS

- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Fitzgerald, J. T., Marrero, D. G. (2000). *The diabetes empowerment scale, a measure of psychosocial self-efficacy. Diabetes Care.* 23, 6, 739-743.
- Arias, L. C., Herrera, J. C. (1994). *El APGAR Familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica.* 25, 26-28.
- Balcázar, P., González-Arratia, N. I., Gurrola, G. M., Moysén, A. (2006). *Investigación cualitativa.* Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México
- Beneit-Medina, P. (1994). *Aspectos psicológicos de la diabetes.* En La Torre-Postigo, J. M., Beneit-Medina P. J. (compiladores). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud.* Buenos Aires: Lumen.
- Bonilla, M. P., García, G. (2002). *La perspectiva cualitativa en el quehacer social.* México: CADEC.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud.* México: Thomson Paraninfo.
- Calderón-Narváez, G. (1997). *Depresión, sufrimiento y liberación.* México: Edamex.
- Díaz-Nieto, L., Galán-Cuevas, S., Fernández-Pardo, G. (1993). *Grupo de autocuidado de diabetes mellitus Tipo 2. Salud Pública.* 35; 169-176.
- Durán-Varela, B. R., Rivera-Chavira, B., Franco-Gallegos, E. (2001). *Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México.* 43, 3. Mayo-junio, 233-238.
- Federación Mexicana de Diabetes, A. C. (FMD, A. C.) (2005). *Diabetes en números.* <http://www.findiabetes.com//diabetes/dnumeros.asp> [Consultado 28 de abril de 2008].
- Figuerola, D. (2004). *Investigación, desarrollo e innovación en diabetes.* <http://www.novartis.es/Publico/Investigación, Desarrollo e Innovación> [Consultado 30 de abril de 2008].
- Gaitán, V. (2001). *Nuevo libro completo de la diabetes. Manual para el enfermo y sus familiares.* México: Diana.

- Gallar, M. (2002). **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Thomson Paraninfo.
- Gómez-Hoyos, M. (2006). *Una dulce historia*. **Revista diabetes de la Federación Mexicana de Diabetes**. <http://www.findiabetes.com//diabetes/historia> [Consultado 10 de mayo de 2008].
- Gutiérrez, T., Raich., R. M., Sánchez, D., Deus, J. (2003). **Instrumentos de evaluación en psicología de la salud**. Madrid: Psicología y Educación Alianza Editorial.
- Grupo Galo (2004). *Diabetes mellitus: Un dulce silencio*. **Farmacia actual**. 20, Mayo, 20-23.
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y sus Municipios (ISSEMyM). (2007). **Documento rector de estadísticas de epidemiología en el ISSEMyM**. Documento no publicado.
- Johnson, L. (2000). *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. **New England Journal Medical**. 329, 977-986.
- López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., Munguía-Miranda, C. (2003). *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. **Salud Pública de México**. 45, 4, Jul-Ago.
- Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC) (2005). **What's hemoglobin A1c**. <http://www.med.umich.edu/mdrtc/cores/ChemCore/hemoa1c.htm> [Consultado 04 de septiembre de 2007].
- Mussi, C. M. (2004). *Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer*. En Oblitas, L. A. (compilador). **Psicología de la salud y calidad de vida**. México: Thomson Paraninfo.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2005). **National information page about diabetes**. <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/top> [Consultado 20 de mayo de 2008].
- Niklison, R. E. (2003). **Qué es la diabetes**. <http://www.elconsultorweb.com/salud100/nikli2507.htm> [Consultado 20 de mayo de 2008].
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Health in the America's*. **Diabetes**. 1, 175-176.
- Pérez-Pastén, E. (2003). **Guía para el paciente y el educador en diabetes**. México: Johnson y Johnson.
- Remor, E. (2006). *Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. **The Spanish journal of psychology**. 9, 1, 86-93.
- Robles-García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J. J., Páez-Agraz, F., Nicolini-Sánchez, H. (2003). *Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL*. **Psicothema**. 15, 2, 247-252.
- Rodríguez, J. S. (2002). **La diabetes**. España: Alfaomega Everest.

- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *Recomiendan atención psicológica a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas*. **Boletín UNAM-DGCS-1019**. Ciudad Universitaria. México.
- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). (2003). *Introducción Guía de la diabetes*. **Grupo Diabetes SAMFyC**. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/introduc.htm> [Consultado 06 de abril de 2008].
- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). (2000). *Mejora de la calidad*. **Grupo Diabetes SAMFyC**. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/calid-1.htm> [Consultado 07 de abril de 2008].
- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). (2000). *Educación para la salud*. **Grupo Diabetes SAMFyC**. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/es-dia.htm> [Consultado 07 de abril de 2008].
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). *Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030*. **Diabetes Care**. 27, 5, May. <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad que ha incrementado entre la población mexicana a últimos años y se ha convertido en un problema de salud pública. Su atención involucra cuatro ejes rectores (plan de alimentación, plan de ejercicio, medicamentación y seguimiento médico continuo) y el logro de la adherencia al tratamiento es complejo y es el resultado de una mezcla de factores personales y sociales inherentes a quien la padece. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación es la descripción de la vivencia en torno a la enfermedad y la evaluación de los factores personales y sociales (características sociodemográficas, depresión, autoeficacia percibida, estilo de vida, estrés percibido, calidad de vida, percepción de funcionamiento sistémico de la familia y grado de adherencia terapéutica) involucrados en la enfermedad, en un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, desde un abordaje metodológico cualitativo, con el uso de grupos focales y cuantitativo (a través del uso de escalas de evaluación de los factores personales y sociales) y desde la psicología de la salud.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a disease that has increased between Mexican population last years and it has become a public health problem. Its attention involves four governing axes (feeding plan, exercise feeding, medicamentation and medical pursuit continuous) and the profit of therapeutical adhesion is complex and is result of personal and social factors who that suffers it. The objective of this investigation is describe the experience around diabetes and evaluation of

personal and social factors (sociodemographic variables, depression, self-efficacy perceived, life style, perceived stress, quality of life, systemic function in the family perception and therapeutical adhesion) involved in disease, in people with diabetes mellitus type 2 diagnosis boarding using qualitative and quantitative methodologies in a health psychology framework.