

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2

Isauro García Alonso
Rafael Armando Samaniego Garay
Unidad Académica de Psicología
Flor de María Sánchez Morales
Juan Lamberto Herrera Martínez
Jorge Castañeda Bañuelos
Maura Sara Castañeda Iñiguez
Maestría en Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Zacatecas
E-mail: isauro.g@gmail.com

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el funcionamiento y el impacto de una intervención psicosocial, en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, que asistían para su atención en la Clínica de la Universidad Autónoma de Nuevo León. *Materiales y métodos.* Se diseñó una intervención de doce sesiones individuales, con una hora de duración, para mejorar el afrontamiento y apoyo social del paciente y mejorar el control de la enfermedad, valorado con la medida de glucosa capilar como indicador biológico. Los participantes fueron divididos en un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC), con ocho participantes cada uno; ambos grupos fueron pareados en edad, tipo de tratamiento y el tiempo de padecimiento de la enfermedad y en ellos se realizaron las medidas pre-intervención y post-intervención. Los instrumentos utilizados fueron la escala de afrontamiento de Basabe y Páez,¹ y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Zimet *et al.*, (1988), previo consentimiento informado. *Resultados.* Ambos grupos estuvieron conformados por mujeres, con edades entre los 50 a 55 años, un promedio de 2.14 y 3.57 años de padecimiento de la enfermedad en el GE y el GC. En las medidas de peso, el índice de masa corporal (IMC) de ambos grupos los ubicó en un nivel de obesidad 1; el nivel de glucosa promedio del GE fue de 149.57 mg/dl y del GC de 146.14 mg/dl, que los colocó en un riesgo medio. En las evaluaciones postintervención se encontraron cambios significativos en el afrontamiento y la variable apoyo social.

Palabras clave: Evaluación, intervención psicosocial, diabéticos.

ABSTRACT

Objective. To assess the performance and impact of a psychosocial intervention in adult patients with diabetes mellitus type 2, attending for his care in the clinic of the Nuevo Leon University. *Materials and methods.* Intervention of twelve individual sessions, with one hour in length, is designed to improve coping and social support of the patient, to improve disease control, assessed with capillary glucose as biological indicator measurement. The participants were divided into an experimental group (GE) and a group control (GC), with eight participants each; both groups were matched on age, type of treatment and the time of suffering the disease; in them were applied the pre-intervention and post-intervention measures. The instruments used were Basabe and Paez facing scale, and Perceived Social Support Questionnaire of Zimet et al., (1988), previous informed consent. *Results.* Both groups were integrated by women, in ages 50 to 55 years, with an average of 2.14 and 3.57 years of suffering the disease in the GE and the GC. On measures of weight, both groups body mass index (BMI) was located at a level of obesity 1; the GE average glucose level was 149.57 mg/dl and the GC of 146.14 mg/dl, which placed them in a medium risk. In post-intervention evaluations were found significant changes in facing and the variable social support.

Key words: Evaluation, psychosocial intervention, diabetics.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la actualidad las enfermedades de tipo crónico son uno de los principales problemas de salud en México y el mundo; padecimientos como cáncer, sida, hipertensión, problemas cardiacos y diabetes han pasado a ser el centro de atención para los sistemas de salud en la mayoría de los países, debido al creciente número de casos diagnosticados y al aumento de los decesos producto de estas enfermedades. Una de ellas, que ha cobrado fuerza en los últimos años es la diabetes mellitus, la cual se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de la glucosa y el aumento de la misma en el torrente sanguíneo, ya sea porque no se produce suficiente cantidad de insulina o porque es imposible aprovechar la insulina con la que se cuenta.²

Considerada una epidemia mundial, la diabetes mellitus afecta a todos los niveles socioeconómicos por igual. Según datos de la OMS, en 1998 existían 135 millones de personas con diabetes diagnosticadas en el mundo, en el año 2000 este número se incrementó a más de 170 millones, siendo los países más afectados en este año, India con 31.7 millones de enfermos, China con 20.8 millones y Estados Unidos de América

con 17.7 millones, según estas tendencias se espera que estos países aumenten sus cifras en los próximos años y que para el 2030 en el mundo existan más de 360, millones de pacientes con diabetes, siendo cada vez más cercano este dato ya que se estima que en la actualidad existe 346 millones de personas con diabetes³

En México existían para el año 2000 más de 2 millones de pacientes diabéticos, y estimaciones para el año 2025 consideran más de 11.7 millones de enfermos diabéticos,⁴ cifra que podría alcanzarse años antes, ya que para el año 2006 ya existían 8 millones de personas con diabetes⁵ Este aumento ocasionó que nuestro país ocupara el noveno lugar a nivel mundial en prevalencia de esta enfermedad, en el año 2009 y actualmente ocupa ya el séptimo lugar^{6,7} La incidencia y prevalencia de la enfermedad ha generado, que la diabetes, ocupe ya desde hace años el primer lugar como causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres, en el 2005 con una tasa nacional de 67.7 en mujeres y de 58.3 en hombres por cada 100,000 habitantes; en el 2007 con una tasa en mujeres de 69.2, y en hombres de 64.0 por cada 100,000 habitantes.^{8,9} Este aumento de la enfermedad, va de la mano con el incremento en los factores de riesgo de la enfermedad, de los cuales el sobre-peso y la obesidad son los más alarmantes. Según datos de la ENSANUT 2006 ambos son problemas que afectan a cerca de 70 por ciento de la población (mujeres, 71.9 por ciento, hombres, 66.7 por ciento entre los 30 y 60 años.¹⁰

El estado de Nuevo León, siguiendo las tendencias nacionales, entre el 2000 y el 2005 sufrió un incremento del 30 por ciento en diagnóstico de diabetes y la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en el 2006 para adultos de 20 años o más de 6.4 por ciento, siendo mayor en mujeres (7.9 por ciento) que en hombres (4.7 por ciento), mayoritariamente en el grupo de 40-59 años,¹¹ así mismo, la mortalidad, presentó un incremento significativo pasando de 1,948 muertes en el 2000, a 3,022 en el 2007¹² El aumento de esta patología en México ha sido gradual pero constante y actualmente su cuidado es parte prioritaria de las políticas de salud que marcan el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Diversas organizaciones como Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Diabetes (IFD), la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y en nuestro país la Federación Mexicana de Diabetes (FMD), reconocen que la enfermedad es un grave problema y que las estrategias de intervención y prevención son prioritarias en el control de la diabetes y su mortalidad. Del mismo modo autores como Vallis et al.¹³ (2005), García y Suárez. (2007),¹⁴ Peebles, Koshinsky, y McWilliams (2007),¹⁵ Seyda y Ozgul (2008)¹⁶ resaltan el papel de las intervenciones y trabajos educativos como una forma de controlar y combatir la carga mundial que representa la diabetes.

Estrategias de intervención

Siguiendo con lo anterior se han generado una gran variedad de estudios y trabajos de intervención, que buscan contribuir en el control de la enfermedad, como los de Barceló y cols, (2001),¹⁷ González, et al. (2005),¹⁸ Pérez, Reyes, Flores, y Wachter (2007) y Ariza, C et al. (2011), por mencionar algunos, que coinciden y resaltan, que las estrategias de tipo educativo son de gran importancia para el fomento del cuidado de la enfermedad.

Desde el área de la psicología, el estudio de la enfermedad se ha enfocado en variables de tipo conductual, que contribuyen a generar cambios y seguimiento de estilos de vida que favorecen el control biológico de la enfermedad. Así algunos estudios como los de Pompa y Álvarez (2007), Lloyd (2008), Ortiz. (2006); Lazcano, Salazar y Vinicio. (2008) rescatan el papel de los estados emocionales y estilos de afrontamiento, y autores como Sacco y Yanover. (2006), Shaw, Gallant, Jacome y Spokane (2006), Heisler. (2007), Wientjens. (2008), Beverly, Miller y Wray. (2008) y Braitman, et al. (2008) hablan sobre la importancia del apoyo social como una variable de importancia para el paciente diabético. Otras rescatan los enfoques basados en las creencias sobre la enfermedad y autoeficacia;¹⁹ así como afrontamiento, ansiedad y depresión²⁰ en la mejora de la adherencia al tratamiento, cuidado y control de la enfermedad.

La mayoría de las complicaciones de la diabetes están directamente relacionadas con los cuidados que el paciente tenga con su enfermedad, y tomando en cuenta que el cuidado de la enfermedad se relaciona con variables psicosociales como el afrontamiento y el apoyo social los proyectos de intervención psicoeducativa adquieren relevancia.²¹ Entendido el afrontamiento como el Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos,²² y el apoyo social percibido que refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella.²³

La aplicación de las intervenciones se ha destinado a desarrollar un mejor control de la enfermedad y a disminuir el riesgo de presentar complicaciones; dichas intervenciones, generalmente retoman estrategias educativas relacionadas con el cuidado médico de la enfermedad (alimentación, ejercicio, monitoreo) y se han planteado generalmente de manera grupal; lo cual podrían estar dejando a un lado, importantes diferencias individuales en relación a los recursos con los que las personas cuentan para hacer frente a las exigencias de la enfermedad, lo que una intervención personalizada puede rescatar e utilizar para beneficio

del paciente. Además del afrontamiento y el apoyo social, por lo que, su inserción en un trabajo de intervención podría ofrecer mejores resultados en el cuidado y control de la enfermedad. Es por lo anteriormente mencionado, que el presente trabajo tuvo como objetivo: Identificar si un programa de intervención psicosocial podía ayudar a mejorar el afrontamiento y apoyo social en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad de Monterrey N.L.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la intervención, se utilizó un diseño cuasi experimental de grupos igualados²⁴ con medidas pre y post intervención, ambos grupos fueron apareados con base a la edad de los pacientes, el tipo de tratamiento y el tiempo de padecimiento de la enfermedad. En el caso del grupo de cuidadores que formaron un único grupo, fue realizada una medición pre intervención y otra post intervención. Los participantes fueron elegidos de los pacientes atendidos en la Clínica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, específicamente del área de Diabetes e Hipertensión, bajo los siguientes criterios de inclusión: pacientes que no presentaran complicaciones crónicas de la enfermedad, que utilizaran el mismo tipo de tratamiento (no insulino dependientes), que tuvieran menos de 5 años de diagnóstico y que aceptaran participar en el estudio. Una vez localizados los participantes se conformó un grupo no representativo de 18 pacientes únicamente del género femenino, de edades comprendidas entre los 50 y 55 años, divididos en un grupo control (8) y uno experimental (10), de los cuales finalmente solo se conservaron 16 pacientes: experimental (8) y controles (8).

Como instrumentos se aplicaron una cedula de entrevista con datos socio-demográficos, antecedentes (familiares, hereditarios, tiempo de padecimiento, edad de inicio, como se llegó al diagnóstico, sintomatología etc.) y conocimiento de la enfermedad (características de la enfermedad, del tipo de tratamiento, medicamento y complicaciones). La escala de afrontamiento de Basabe y Páez,²⁵ (una versión resumida la de Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, y de Carver y Sheier), cuenta con 27 ítems con respuestas en una escala de Likert, que exploran siete tipos de afrontamiento (Acción razonada, apoyo emocional, pasivo evitación, olvidar, aceptación, evasión y agresión a la causa), dichos factores explican el 50.4 por ciento de la varianza. El Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Zimet et al. (1988), traducido al español por Arechabala y Miranda (2002),²⁶ con un alfa de 0.86. Dicho cuestionario fue modificado para adaptarlo a la población de diabéticos con los cuales se trabajó en este estudio, quedando conformado con 10 ítems en escala likert y respuestas que van desde nunca hasta siempre

Para la realización de este trabajo se contemplaron tres etapas principales las cuales, surgieron como referencia al análisis de psicoeducación y abordaje terapéutico del proceso de la enfermedad crónica, mencionado en algunas obras afines al tema (Álvarez 2002,²⁷ Ceballos, Álvarez,²⁸ Torres & Zaragoza, 2006;²⁹ Álvarez, Moral & Martínez. 2009³⁰).

Etapas 1. Conformación de la muestra y primera aplicación (medidas pre)

Esta etapa consistió en la búsqueda de los participantes con apoyo del área de trabajo social, se contactó a los pacientes vía telefónica, para invitarlos a participar en el estudio, tomando como base los criterios de inclusión que se tenían previstos. A dichos pacientes, se les citó, de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, para darles a conocer en qué consistiría su participación y la duración de la misma. Una vez explicado lo anterior se realizó la aplicación de los cuestionarios, previa firma del consentimiento informado, por medio de la técnica de entrevista; estos se agruparon mediante un diseño de grupos igualados, en base a los datos de edad del paciente tipo de tratamiento y años del padecimiento de la enfermedad, en un grupo control y uno experimental.

Etapas 2. Implementación del programa de intervención

Esta etapa contempló 12 sesiones individuales, esquema referido en otros trabajos con enfermedades crónicas,³¹ dichas sesiones fueron realizadas con el paciente y estructuradas de acuerdo a un programa de tres fases basadas en técnicas de evaluación, ensayo y construcción. Cada sesión tuvo una hora de duración, una vez por semana y fueron desarrolladas en el área de consulta clínica en días y horarios asignados por los responsables de área, bajo el siguiente esquema o base de trabajo individual:

a) Fase diagnóstica. Dos sesiones en las cuales se generó una retroalimentación, con el paciente, sobre las problemáticas principales en relación con la enfermedad, haciendo uso de la información obtenida de los cuestionarios así como de la entrevista realizada. En esta primera fase se inició la toma del nivel de glucosa, la cual fue obtenida en todas las sesiones programadas, con el fin de mostrar la evolución del control de la misma, además se le entregó al paciente una tabla control con el objetivo de llevar el registro de las fechas, horarios de las sesiones y nivel de glucosa.

b) Fase informativa y dotación de habilidades. Durante 8 sesiones se ofreció estrategias de afrontamiento y búsqueda de apoyo para el cuidado de la enfermedad, dándole importancia al cambio o modificación de estrategias no funcionales y solución de problemas sobre el cuidado de la enfermedad. Durante esta fase, la medición del nivel de glucosa fue realizada por el propio paciente una vez que se le instruyó para esta actividad.

c) Fase de cierre. Esta última fase de la intervención contemplo 2 sesiones, en las cuales se dio cierre del trabajo, mediante la retroalimentación de la intervención, así como también fue realizada la segunda aplicación de los instrumentos y cuestionarios (medida post).

Etapa 3. Evaluación de los resultados del programa

Una vez concluida la etapa de intervención se dio paso con la evaluación del programa, en base a las medidas realizadas, tanto en el grupo experimental como con el grupo control y cuidadores primarios. En el caso del grupo control los pacientes fueron localizados siguiendo los datos obtenidos en la primera aplicación. Una vez que se contó con todos los datos se dio paso a su análisis.

Se realizó el análisis descriptivo del perfil de los participantes y las variables de estudio con la medida pre intervención tanto en el grupo experimental como en el control. Posteriormente las medidas post intervención y los análisis estadísticos de la comparación con criterios no paramétricos a través de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes (grupo experimental-grupo control) y la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (grupo experimental pre y post). Además se cubrió con los aspectos éticos de la investigación otorgando la información necesaria y la obtención del consentimiento informado del paciente.

RESULTADOS

Perfil inicial (medida pre intervención)

Partiendo del perfil de los participantes se resalta en un primer momento que tanto el Grupo control (GC) como el grupo experimental (GE) estuvieron formados en su totalidad por mujeres (7 participantes cada grupo), con una media de edad de 54.57 años (DE=1.902) y un promedio de 2.14 (DE=1.069) años de padecimiento de la enfermedad para el GE y una media de edad de 52.86 años (DE=3.848) y un promedio de 3.57 años (DE=1.279) de padecimiento para el GC.

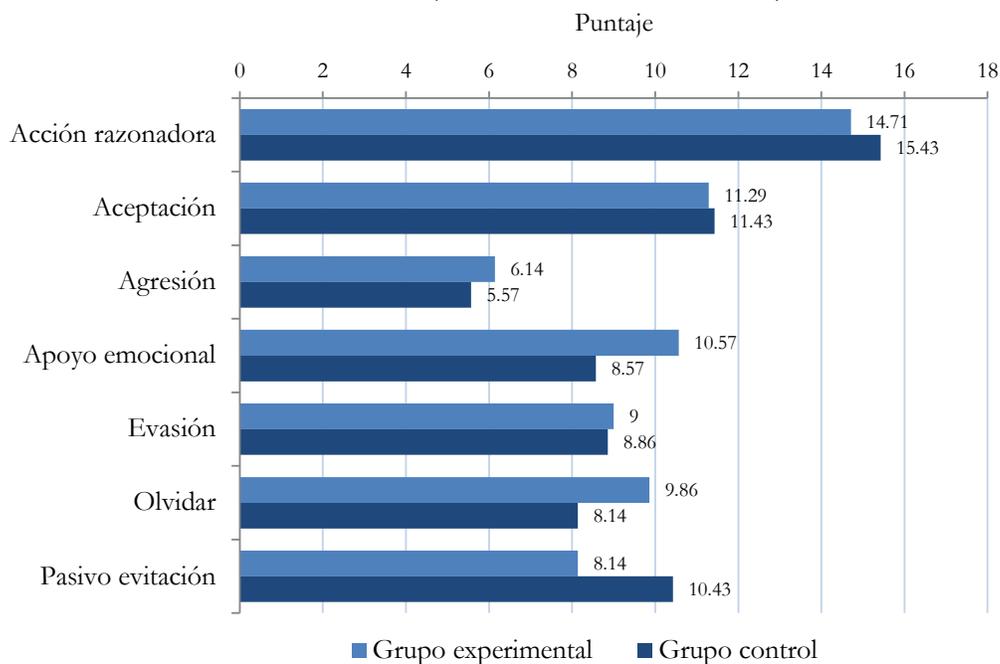
En relación a las medidas objetivas de peso y glucosa (Tabla 1), el índice de masa corporal (IMC) del GE promedió 29.2, lo que correspondió a un nivel de obesidad 1; de igual manera el GC presentó un IMC de 31.6 que los colocó en el mismo nivel 1. Por otro lado el nivel de glucosa promedio del GE fue de 149.57 mg/dl, lo cual ubicó al grupo en un nivel de riesgo medio. Por su parte en el GC el promedio de glucosa fue de 146.14 mg/dl, que lo mantiene en un riesgo medio.

TABLA 1. IMC Y GLUCOSA CAPILAR

	Media - Grupo experimental	Media - Grupo control
IMC	29.20 (DE= 4.685)	31.57 (DE=4.237)
Glucosa	149.57 mg/dl (DE= 59.880)	146.14 mg/dl (DE=35.073)

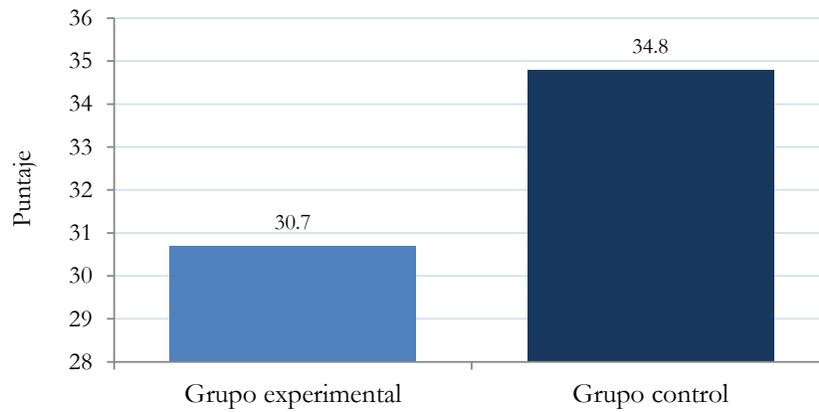
En la variable afrontamiento (Figura 1), los puntajes obtenidos tanto por el GE como el GC, resaltaron que en ambos grupos los principales factores utilizados son el denominado Acción Razonada, seguido de la nombrada Aceptación y precedida a su vez por el denominado Pasivo Evitación, respectivamente. Tuvieron también importancia el Apoyo Emocional, el Olvidar y la Evasión. La agresión fue el último elemento considerado para esta característica.

FIGURA 1. PROMEDIO POR ESTILO DE AFRONTAMIENTO EN EL GE Y GC (MEDIDA PRE-INTERVENCIÓN)



Para la variable de apoyo social percibido, la comparación de ambos grupos arrojó que el GC calificó mejor en comparación con el GE (Figura 2); se señaló una diferencia de 4 puntos en el promedio obtenido.

FIGURA 2. PROMEDIO DE APOYO SOCIAL POR GRUPO (MEDIDA PRE-INTERVENCIÓN)



Comparaciones estadísticas en los grupos (medida post intervención)

En la comparación de los grupos control y experimental, las variables de IMC, glucosa capilar, estilos de afrontamiento y apoyo social percibido, tanto en su medida pre como post intervención utilizando la U de Mann-Whitney (Tabla 2), en la primera de las medidas (pre intervención) no se encuentran datos en ninguna de las variables comparadas, que estuvieran por debajo del punto de corte de la significancia ($\text{sig.} \leq 0.05$). Contrario a lo anterior, en la comparación realizada entre ambos grupos, una vez realizada la intervención, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables (marcadas en negritas)

TABLA 2. COMPARACIÓN GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

Medida pre intervención			Medida post intervención	
	Sig.	Z	Sig.	Z
Medidas objetivas				
IMC	0.222	-1.222	0.081	-1.746
Glucosa	0.482	-0.704	0.002	-3.134
Afrontamiento				
	Sig.	Z	Sig.	Z
Acción razonada	0.949	-0.064	0.002	-3.151
Aceptación	0.948	-0.065	0.008	-2.649
Agresión	0.329	-0.976	0.319	-0.997
Apoyo emocional	0.196	-1.292	0.003	-2.955
Evasión	0.688	-0.401	0.686	-0.404
Olvidar	0.217	-1.236	0.003	-2.924
Pasivo evitación	0.897	-0.129	0.674	-0.42
Apoyo social				
	Sig.	Z	Sig.	Z
Apoyo social percibido	0.564	0.576	0.012	-2.503

Siguiendo con este análisis se procedió a realizar la comparación de dichas variables en el grupo experimental, mediante la prueba no paramétrica Wilcoxon de muestras relacionadas para identificar la existencia de cambios significativos en dichas variables (Tabla 3), se pudieron apreciar diferencias significativas en la comparación de ambas medidas para el GE (marcadas en negritas) en la mayoría de las variables; en la comparación de la medida 1 y 2 del GC, a excepción de la variable de apoyo social percibido, en ninguna otra sus puntajes fueron significativos.

TABLA 3. COMPARACIÓN MEDIDAS PRE-POST DE AMBOS GRUPOS

Medida grupo experimental			Medida grupo experimental	
Medidas objetivas	Sig.	Z	Sig.	Z
IMC	0.026	-2.226	0.713	-0.368
Glucosa	0.018	-2.371	0.176	-1.352
Afrontamiento	Sig.	Z	Sig.	Z
Acción Razonada	0.018	-2.371	0.144	-1.461
Aceptación	0.062	-1.866	0.273	-1.095
Agresión	0.68	-0.412	0.458	-0.743
Apoyo Emocional	0.074	-1.787	0.893	-0.135
Evasión	0.666	-0.431	0.854	-0.184
Olvidar	0.027	-2.214	0.083	-1.732
Pasivo Evitación	0.674	-0.42	0.138	-1.483
Apoyo social	Sig.	Z	Sig.	Z
Apoyo social percibido	0.018	-2.375	0.018	-2.371

DISCUSIÓN

Inicialmente es de resaltarse que tanto el GE como el GC no tuvieron diferencias en la primer medida, lo cual le da mayor peso a los cambios encontrados en la segunda medición, primeramente en relación con el nivel de glucosa, ya que al final de la intervención se encontró en el GE una modificación significativa, algo que concuerda con lo encontrado por, González et al. en 2005, Selli, L., Kauffmann, L., Nazareth S y

Zapico, J. en 2005 y Piatt et al. en 2006, respectivamente, en relación a que los programas de intervención mejoran el seguimiento y nivel de la medida de glucosa.

En cuanto a la variable de afrontamiento, si bien inicialmente ambos grupos mostraron la utilización de los mismos tres estilos de afrontamiento (acción razonada, aceptación y pasivo-evitación), lo que podría sugerir que si bien los participantes han logrado una aceptación de su situación de enfermedad, ésta parece manejarse de forma pasivo-evitativa, y probablemente en base a un mal análisis de los recursos e información para el cuidado de la enfermedad, algo sugerido por Álvarez en 2002, sobre el cuidado de la salud basado en creencias y la existencia de incongruencias en la representación de la enfermedad, lo cual a su vez, se relaciona con lo encontrado por Álvarez, L., Rueda, Z. y Acevedo, L. en 2010.

Hechas las consideraciones anteriores, cabe resaltar que una vez realizada la intervención el GE presentó cambios significativos, en el estilo basado en la acción razonada y el denominado olvidar; en el primero de estos, los participantes alcanzaron mayores puntuaciones, a diferencias del segundo en donde se redujo la puntuación correspondiente, esto concuerda con lo encontrado por Martínez, M. et al. en 2007 y Álvarez, L., Rueda, Z. y Acevedo, L. en 2010, en relación a la eficacia de trabajos de intervención en la mejora de los estilos de afrontamiento activos y la disminución de los pasivos, lo cual contribuye a mejorar el autocuidado de la enfermedad como lo resaltan Coelho, Amorim y Prata, en 2003 y Graue, M, et al. en 2004.

Así mismo, en la comparación realizada en los estilos de afrontamiento en ambos grupos, una vez realizado el programa en el grupo experimental y la segunda medida en el grupo control, se encontraron diferencias significativas en los estilos acción razonada, aceptación, apoyo emocional y olvidar, este último presentando menor puntuación, lo cual, basado en la consideración que ambos grupos presentaban características similares en la primer medida, sugiere que el programa logró la modificación positiva de los estilos de afrontamiento.

Por otro lado en relación a la variable de apoyo social inicialmente se encontraron diferencias significativas en el apoyo percibido en la comparación de las medidas del grupo experimental antes y después del programa, algo que va de la mano con lo que se menciona por autores como Rodríguez y Guerrero en 1997, Gallar en 2001 y Castro en 2006, cuando hacen referencia que la presencia del apoyo, determinado a su vez por la funcionalidad, generan una mayor sensación de acompañamiento o percepción de apoyo ante la enfermedad, lo que en este caso podría estar relacionado con la participación en el programa, como también mencionan estos autores y Rodríguez en 2001, al referir la función del médico o trabajador de los servicios de salud como una forma de apoyo estructurado o institucional determinando en

cierto modo la percepción de mayor apoyo en los pacientes. Así mismo es de resaltar que entre el GE y el GC se presentaron diferencias en la variable de apoyo social, al final del programa, lo cual viene a destacar más el papel de la intervención y en este caso el del educador en el cuidado de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Inicialmente cabe rescatar el papel de la frecuencia de la medición de glucosa en los pacientes la cual, si bien formó parte de una instrucción, dicho aspecto ayudó como retroalimentación básica del impacto biológico. Algo que debe ser considerado en próximos proyectos ya que la medida de glucosa, puede funcionar como bio-feedback, devolviendo al paciente la sensación de control sobre este aspecto del cuidado y por lo tanto de mejor control de la diabetes.

En relación a las variables, las medidas de afrontamiento inicialmente aparecen como un dato aparentemente incongruente, ya que por un lado se presenta una puntuación mayoritariamente alta en el estilo de acción razonada, situación que no se ve reflejado en el control de la enfermedad, ya que pareciera que dicha acción se basa en información y/o creencias no efectivas o congruentes con el cuidado de la enfermedad, aspecto que ha sido tocado por otros investigadores y que se considera indagar más a profundidad en lo subsecuente.

Siguiendo con esto, aun con lo ya mencionado, posterior a la intervención, el grupo experimental denotó un aumento de las puntuaciones en el indicador de acción razonada lo que sugiere una modificación el fenómeno anteriormente mencionado, ya que dichas acciones realizadas por los pacientes de este grupo una vez realizada la intervención se supondría serian congruentes al cuidado de la diabetes, lo cual no se puede comprobar en este estudio, pero es una de las recomendaciones a tomar en estudios posteriores.

Por otro lado, si bien en la variables de apoyo social se presentó una mayor puntuación en el GE, es importante resaltar de nuevo el papel del encargado de la intervención, lo que puede interpretarse como una limitación importante del proyecto, pero aun así se considera que dicho evaluador tuvo una elemental función como parte de la red de apoyo de los pacientes, lo cual pudo haber influido en que dicha percepción sea mayor, por lo que sería importante tomarlo en cuenta en nuevas investigaciones de manera más fina, con el objetivo de dejar a un lado esta posible limitación.

Se resalta por lo anterior la gran importancia de contar con profesionistas, elementalmente psicólogos, capacitados en el proceso de intervención, el cual debe de estar basado en conocimientos concretos y

objetivos sobre la enfermedad y las principales estrategias de atención a la misma, proceso que fue seguido por el encargado de la intervención en este trabajo. Un aspecto que este proyecto concluye prioritariamente es considerar en próximos trabajos es la importancia de las creencias, significados y/o interpretaciones que cada paciente hace sobre su enfermedad, en este caso la diabetes mellitus; ya que la experiencia de vivir como enfermo crónico, siempre será interpretada, vivida y enfrentada de forma particular.

Del mismo modo cabe resaltar que el modelo o programa de intervención desarrollado para este trabajo surge en base al análisis de trabajos previos en materia de enfermedades crónicas desde el modelo psicosocial, el cual como se mencionó en su momento, implica dotar de habilidades y conocimientos o herramientas específicas para hacer frente a la enfermedad. Por tal motivo se sugiere el seguimiento en este trabajo como una línea de investigación, con vías a ofrecer un mejor y mayor entendimiento del fenómeno de la enfermedad crónica, así como aportar nuevas estrategias y herramientas de atención desde la perspectiva psicosocial, la cual se considera ideal en el abordaje del complejo proceso de la salud y la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Alvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias de salud y enfermedad, Análisis Psicosocial*. México. Trillas.
- [2] Federación Mexicana de Diabetes A. C. (2012). *Información general de la diabetes*. Disponible en: <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/tipos.php?id=Njk=> Consultado el 2 mayo 2014.
- [3] Organización mundial de la salud O.M.S. (2012). *Datos y estadísticas sobre la diabetes*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> consultado el 12 marzo 2014.
- [4] Wild, Roglic, Green, Sicree & King, (2005). Global Prevalence of Diabetes, Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 27 (5). Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/27/5/1047> Consultado el 10 julio 2014.
- [5] Federación Mexicana de Diabetes A. C. (2012). *Información general de la diabetes*. Disponible en: <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/tipos.php?id=Njk=> Consultado el 21 marzo 2014.
- [6] Ídem.
- [7] Organización mundial de la salud O.M.S. (2012). *Datos y estadísticas sobre la diabetes*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> consultado el 12 marzo 2014.
- [8] Sistema nacional de información en salud, S.I.N.A.I.S, (2005). *Bases de datos*. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/> Consultado el 15 agosto 2014.
- [9] Sistema nacional de información en salud, S.I.N.A.I.S, (2008). *Bases de datos*. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> Consultado el 15 agosto 2014.
- [10] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT (2006). Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/> Consultado el 15 abril de 2014.
- [11] Ídem
- [12] Instituto Nacional de Estadística Geográfica INEGI (2008). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido, Nuevo León*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/BD/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> Consultado el 10 de marzo 2014.

- [13] Vallis, M., Higgins-Bowser, I., Edwards, L., Murray, A., & Scott, L. (2005). The Role of Diabetes Education in Maintaining Lifestyle Changes. *Canadian Journal of Diabetes*. 29(3):193-202.
- [14] García, R. & Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Endocrinología*. 18 (1). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=58&id_seccion=710&id_ejemplar=4833&id_articulo=47662 Consultado el 01 de abril 2014.
- [15] Peebles, M., Koshinsky, J., & McWilliams, J. (2007). Beneficios de la educación diabética: mejores resultados sanitarios mediante un buen control personal. *Diabetes Voice*. 52 número especial, 5-8. Disponible en: http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_549_es.pdf Consultado el 12 marzo de 2014.
- [16] Seyda, O. & Ozgul, E. (2008). Enseñanza y aprendizaje en la diabetes: técnicas y métodos. *Diabetes Hoy*. 9 (2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=89&id_seccion=1109&id_ejemplar=5368&id_articulo=53042 Consultado el 16 de marzo de 2014.
- [17] Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L. & Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*. 10 (5), disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S102049892001001100006&script=sci_arttext Consultado el 11 de marzo de 2014.
- [18] González, M., Perpinyà, D., Mir, S., Casellas, P., Melció, D. & García, M. (2005). Efectividad de un programa de educación. *Enfermería Clínica*. 15 (3), 141-146. Consultado el Febrero de 2009, de la base de datos Doyma and ProQuest: <http://external.doyma.es/pdf/35/35v15n03a13075770pdf001.pdf> Consultado el 16 de febrero de 2014.
- [19] Jáuregui J., De la Torre, A. & Gómez, G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Rev Med IMSS*. 40 (4): 307-318. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DC2B1D1C-8C4C-4308-BB59_56488ABE5613/0/diabetest210.pdf Consultado el 19 de febrero de 2014.
- [20] Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F. & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5 (3), 445-462.
- [21] Organización mundial de la salud O.M.S. (2012). *Datos y estadísticas sobre la diabetes*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> consultado el 12 marzo 2014.
- [22] Lazarus, R & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- [23] Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- [24] McGuigan, F. (1983). *Psicología Experimental: Enfoque Metodológico*. 3ª ed. México. Trillas
- [25] Alvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias de salud y enfermedad, Análisis Psicosocial*. México. Trillas.
- [26] Arechabala, M. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería* 8 (1): 49-55, disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v8n1/art07.pdf> Consultado el 19 de abril de 2014.
- [27] Alvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias de salud y enfermedad, Análisis Psicosocial*. México. Trillas.
- [28] Ceballos, O., Álvarez, J., Torres, A. & Zaragoza, J. (2009). *Actividad física y calidad de vida*. México. Trillas
- [29] Ceballos, O., Álvarez, J., Torres, A. & Zaragoza, J. (2009). *Actividad física y calidad de vida*. México. Trillas
- [30] Álvarez, J., Moral, J., Martínez. (2009). *Psicología e investigación en enfermedad degenerativas crónicas*. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. ISBN 978-607-433-171-4
- [31] Ídem.