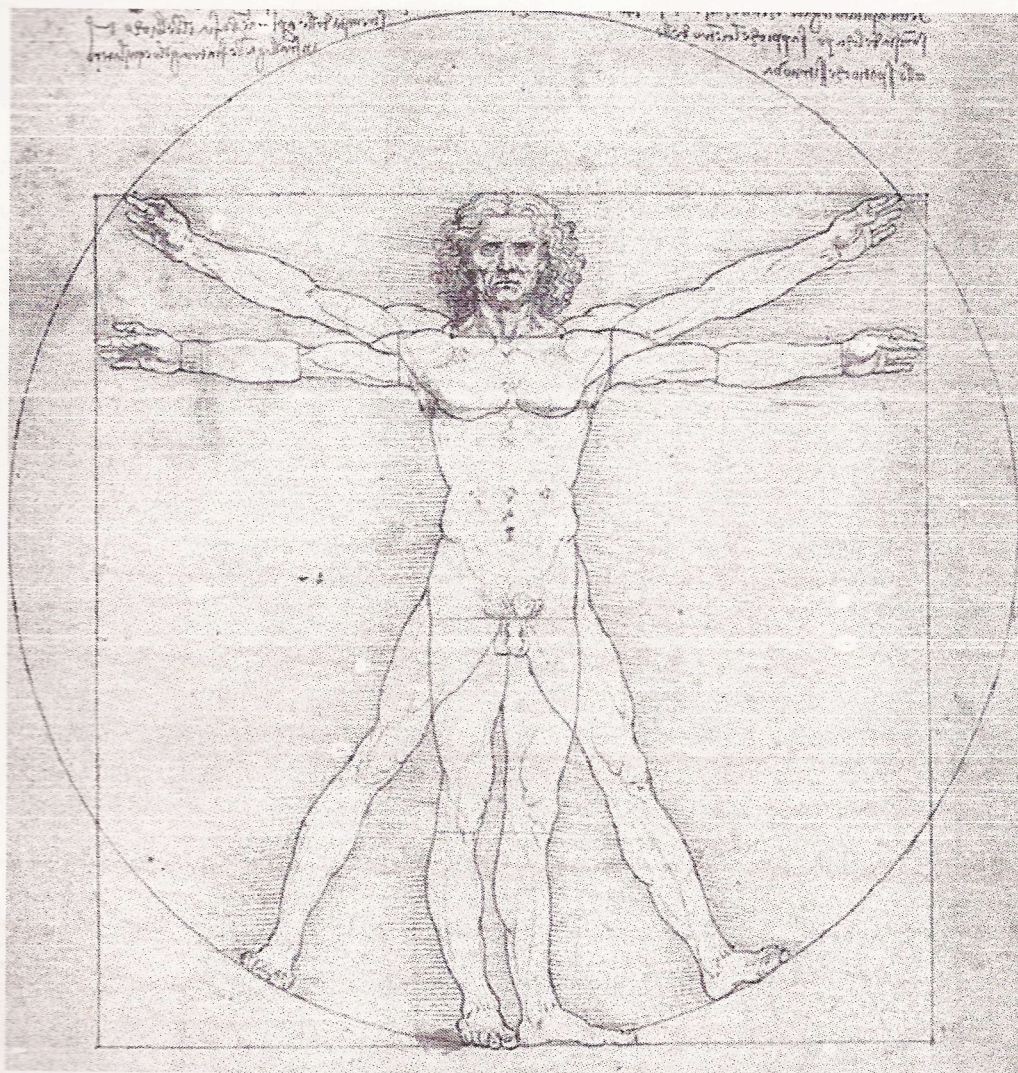


# TECNOLOGÍA HUMANÍSTICA TECNOLOGÍA HUMANÍSTICA

No. 49, Mayo 2010. México  
BOLETÍN INSTITUCIONAL DE PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL  
Fundado en el año 2000



DÉCIMO ANIVERSARIO

Director: Miguel Ángel Jiménez C.  
FORO ABIERTO PARA LOS PROFESORES DEL IPN Y DE OTRAS  
UNIVERSIDADES, QUE DESEEN EXPRESAR AQUÍ SUS IDEAS  
La responsabilidad de la totalidad de cada uno de los artículos, es únicamente de su autor o  
de sus autores.

tecnohuma@yahoo.com.mx  
<http://usuarios.lycos.es/techum/>  
ISSN N°: 1665-8329



## **CALIDAD DE VIDA: LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA COMO ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2**

**SERGIO SANTAMARÍA SUAREZ, MARIBEL OROZCO LÓPEZ, VERÓNICA RODRÍGUEZ CONTERAS, ANTONIA YUGOESLAVIA IGLESIAS HERMENEGILDO, LETICIA MARÍA JIMÉNEZ LÓPEZ**

**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto Politécnico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social**

La diabetes tipo 2, es una enfermedad crónica que constituye un problema de salud pública, impacta directamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas. La educación para la salud, tiene como una de sus estrategias el trabajo con grupos de autoayuda que buscan mejorar la adherencia terapéutica y llevarla al plano de la vida cotidiana. Este trabajo exploratorio y descriptivo se diseñó en tres tiempos (a,b,c), se realizó en el año 2007, en dos clínicas del Seguro Social, ubicadas en la ciudad de México, delegación Benito Juárez y delegación Cuauhtémoc, se aplicó un cuestionario inicial, se dieron sesiones informativas de adherencia terapéutica y posteriormente se aplicó cuestionario, se trabajó con una sola muestra dividida en tres grupos, los sujetos participantes son 49 personas que en el último año fueron diagnosticadas con diabetes tipo 2, el 70% son mujeres, el 60% mayores de 50 años, el 60%, el 42% cuenta con educación básica y el 33% son originarios de provincia a pesar de que radican en zona urbana. Una de las principales conclusiones es que los grupos de autoayuda favorecen la adherencia terapéutica a nivel de comprensión pero no impactan en el cambio de prácticas en la vida cotidiana.

Palabras clave: los grupos de autoayuda, educación para la salud, adherencia terapéutica, diabetes tipo 2

### **INTRODUCCIÓN**

México ha presentado una modificación en los modos de vida que se relaciona con el crecimiento poblacional, la ecología, el desempleo, la vivienda, los servicios públicos, la criminalidad, la urbanización, la pobreza, la alimentación, entre otros, que repercuten directamente en el organismo y psicología del sujeto. Esta modificación en los modos de vida tiene como

consecuencia la presencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas degenerativas.

En las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo como totalidad psicofísica, y al entorno familiar. Sobrevienen cambios bruscos que generan crisis irreversibles a las que hay que responder de la mejor forma posible, lo que no siempre significa que la respuesta que se elige sea la más adecuada o eficaz. Se producen modificaciones de hábitos fuertemente arraigados en el paciente y en la familia, de las expectativas y proyectos de vida, e inseguridad y temor



respecto del futuro. Estos cambios dejarán su impronta, inevitable e irreversible, en el paciente y en su familia (Rubli, 1987).

Los cambios emocionales y de comportamiento se originan en la persona con diabetes desde el momento de recibir el diagnóstico hasta que acepta la enfermedad y se lleva un control de la misma. Estos cambios emocionales tienen relación con la manera de afrontar la enfermedad con sus características de personalidad, de sus redes sociales, la percepción de su entorno familiar y su círculo social y cultural.

En el paciente se genera una incertidumbre acerca de la situación inmediata, sentimientos de culpa y ansiedad respecto de la aparición de la diabetes, sentimientos de incompetencia y desvalimiento en relación con la responsabilidad del manejo de la enfermedad, temores frente a futuras complicaciones y probabilidad de una muerte temprana, pérdida de aspiraciones futuras, y el reconocimiento de la necesidad de un cambio permanente en el comportamiento familiar a causa de la enfermedad.

Los cambios emocionales que de manera general se presentan son: sensación de temor, sentimiento de miedo, negación y rechazo a la enfermedad, sentimientos y pensamientos de muerte, conflictos de dependencia-independencia, disminución del interés sexual, manipulación, ansiedad, depresión, sobreprotección, ingestión exagerada de alimentos, agresividad, culpa, autoagresión, sentimientos y pensamientos de invalidez, miedo al abandono, hostilidad, autoestima devaluada, necesidad de aprobación y atención.

La secuencia de pasos que se presentan en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica según Shontz, (1975):

- 1) Reacción de *choque*. Constituye una respuesta de emergencia y se caracteriza por la presencia de aturdimiento, porque se produce de una forma automática, y porque produce un sentimiento de “distanciamiento” de la situación, un sentimiento como de “estar observando” la situación en vez de participando en ella. La fase de “choque” puede durar pocos días o puede durar semanas.

- 2) Reacción de *encuentro*, que se caracteriza por pensamiento desorganizado y sentimientos de pérdida, indefensión y desesperación. Durante esta fase, el paciente se siente sobrepasado por los acontecimientos, incapaz de razonar y de planificar sus esfuerzos para resolver los problemas que su nueva situación le plantea. Dado que las reacciones de “encuentro” son muy estresantes, los enfermos crónicos suelen usar estrategias de evitación durante esta fase, y sobre todo la negación.

- 3) *Retraimiento*, durante esta fase, el enfermo tiende a negar la existencia de la enfermedad o sus implicaciones. Sin embargo, ese tipo de conducta no puede sostenerse, porque la situación no cambia. Diagnósticos adicionales la confirman, los síntomas persisten o empeoran, las limitaciones siguen presentes, llevando al enfermo a tomar conciencia de la persistencia de la situación y de su necesidad de aceptarla y adaptarse a ella.

El enfermo usa estrategias de evitación para controlar sus respuestas emocionales ante la situación estresante, sobre todo cuando cree que no puede hacer nada para cambiar la situación. El uso de este tipo de estrategias de afrontamiento en los momentos iniciales de la enfermedad puede ser positivo para el enfermo, y puede ayudarlo a la adaptación momentáneamente (Suls y Fletcher, 1985), pero si continúa utilizándolas los efectos pueden tornarse finalmente negativos para su adaptación, y para su calidad de vida (Rodríguez, 2001). La negación de la enfermedad impedirá que la persona promueva su rehabilitación, que reduzca las complicaciones y ajustar su modo de vida. La fase de *retraimiento* es la puerta para la progresión de la persona enferma hacia una adaptación adecuada a su condición.

Los factores influyentes en la adaptación a la Enfermedad Crónica según Moos (1982) son: factores personales, factores de la enfermedad factores del entorno social y físico, y proceso de afrontamiento.

Otros factores previos que influyen en el proceso de adaptación del paciente son la edad, el sexo, la clase social, las creencias religiosas, y el nivel de autoestima o de autoeficacia percibida.



La adherencia terapéutica hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas (Puente, 1984).

La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta del paciente: a) las fallas o dificultades para iniciar su tratamiento, b) la suspensión del tratamiento y c) la ejecución incompleta de las indicaciones del terapeuta.

Hay que considerar que en el momento de explicar a las personas sobre su padecimiento cursan por emociones, racionalidades o pensamientos irracionales que no le permite comprender lo que está pasando, es por ello que Puente (1984) sugiere preguntarse como servidor de salud: ¿El paciente entendió realmente la indicación de su médico?, ¿Qué tanto se encuentra o no en discrepancia la información recibida con las normas y valores que el sujeto mantiene?, ¿Cuál es el concepto del manejo del tiempo del enfermo?, ¿Cuál es la capacidad del sujeto para poder planear cuándo se requieren tratamientos por tiempos prolongados?, ¿Qué tan doloroso emocionalmente resulta para el paciente y sus familiares la presencia de una enfermedad incurable?

Según Rodríguez (2002), los problemas identificados por pacientes con diabetes para seguir las indicaciones son: a) Otras responsabilidades con la familia, b) Falta de apoyo de familiares y amigos, c) Obstáculos para hacer ejercicios. d) No incluir a la familia en los programas de educación y tratamiento. f) Actitud prevalente de rechazo. g) Creencias en los remedios tradicionales. h) Falta de información básica sobre diabetes. y) Preferencia por alimentos tradicionales con altos contenidos de calorías. j) Dificultad para cambiar hábitos dietéticos tradicionales

Los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento son: La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado, el grado de estabilidad con que cuenta la persona, el grado de cumplimiento de la persona en otras áreas de su vida, el grado de satisfacción de la persona con el tratamiento y la supervisión cercana del médico o terapeuta.

En general podemos decir que la orientación de los pacientes en el conocimiento de su enfermedad, el ejercicio de acciones favorables para su tratamiento, el apoyo en el control de sus emociones y en el caso del equipo médico que proporcione las indicaciones claras y precisas, ayudan a prevenir complicaciones tienen adecuada adherencia al tratamiento.

## MÉTODO

**Tipo de investigación:** es exploratorio y descriptivo se **diseño** en tres tiempos (a,b,c) se aplico un **cuestionario** inicial, el estudio se realizó en el año 2007, en dos clínicas del Seguro Social, ubicadas en la ciudad de México, delegación Benito Juárez y delegación Cuauhtémoc. se dieron sesiones informativas de adherencia terapéutica con temas como alimentación, ejercicio, medicación entre otros, posteriormente se aplico cuestionario, se trabajo con una sola muestra dividida en tres grupos de autoayuda, los **sujetos** participantes son personas que en el último año fueron diagnosticadas con diabetes tipo 2, se dividieron en tres grupos de 15, 21 y 13 personas respectivamente, el 70% (34) son mujeres, el 40% (19) entre los 40 y 50 años de edad, el 60% (29) son mayores de 50 años, el 42% (20) cuenta con educación básica de primaria o secundaria y el 33% son originarios de provincia a pesar de que radican en zona urbana. El trabajo se realizó en tres sesiones donde se contó con la autorización verbal de los asistentes a los diferentes grupos y que tenían el antecedente de haber recibido el diagnóstico de diabetes en el último año. Durante las sesiones se abordaron los siguientes temas: alimentación y ejercicio, control glicémico y consultas, se les pregunto sobre las dificultades para cumplir con estos parámetros. Al final de cada sesión se les pidió que comentaran sus opiniones. Las dos primeras sesiones tuvieron la finalidad de informar a los asistentes sobre los alimentos que pueden consumir y aquellos con los que se debe tener cuidado o bien evitar, a manera de guía donde se indican tiempos, porciones y posibles combinaciones, también se les informó sobre las actividad física que podían realizar y el tiempo que deberían emplear en ella, se les explicó sobre las ventajas de llevar a cabo dichas acciones y la manera de cómo se verían reflejadas en su control glicémico de su consulta mensual, en la última sesión



los participantes relataron los problemas que tuvieron que enfrentar para llevar a cabo estas acciones a su vida cotidiana. Al inicio de las primeras dos sesiones se aplicó un cuestionario y al término de la misma, con la finalidad de saber con cuanta información contaban y si la plática había impactado en ellos.

### RESULTADOS

En el cuadro I, podemos observar que los participantes carecen de información en cuanto a la combinación de alimentos que deben preparar y el agregar la colación entre el desayuno, comida y cena, en cuanto a la información de los alimentos recomendados y prohibidos se tiene que esta es pobre, después de dar la plática encontramos que el conocimiento se incremento entre un 30% a un 65%, siendo la información de colación la que obtuvo un mayor porcentaje. Cuando clasificamos estos datos por género se observa que los hombres tienen menos información en comparación de las mujeres.

**Cuadro I. Información que poseen los participantes sobre su dieta**

Conocimiento (derivado del cuestionario)	Antes de la plática	Después de la plática
Alimento que pueden consumir	60%	90%
Alimentos prohibidos	40%	90%
Tiempos en que se deben consumir	30%	90%
Consumo de alimentos en la Colaciones	5%	70%
Combinación de alimentos	10%	50%

Durante la segunda sesión se platicó sobre la actividad física que deben desarrollar las personas con diabetes y los beneficios que esta trae en el control glicémico. nos percatamos que en este caso el conocimiento previo a la plática es mayor con respecto a la dieta, siendo los rubros con mayor desinformación el tiempo que deben dedicar a realizar actividad física y el momento ideal para desarrollarlo. A diferencia del anterior el aprendizaje fue mayor, mostrando menor porcentaje el horario en que deben realizar la actividad y el tiempo, ya que para los participantes les era difícil comprender el beneficio que lleva el hacerlo después de comer, así como realizarlo por un periodo de 30 minutos. Al clasificar la información por género encontramos que el aprendizaje fue muy parecido para hombres y mujeres.

**Cuadro II. Información que poseen los participantes sobre la actividad física**

Concepto (derivado de cuestionario)	Antes de la plática	Después de la plática
Actividades que puede realizar	70%	95%
Frecuencia con que debe desarrollar dichas actividades	70%	90%
Tiempo que debe dedicar a realizar actividad física	50%	90%
Horario	20%	40%

Durante esta misma plática se abordó sobre la importancia de asistir a la consulta médicas por lo menos una vez al mes, donde se realizara un control glicémico y el otorgar el tratamiento médico. En esta ocasión encontramos que los participantes es donde cuentan con mayor información, y esta es muy parecida en hombres y mujeres.



**Cuadro III. Conocimiento sobre su control glicémico y consultas médicas**

Conocimiento del cuestionario	Antes de la plática	Después de la plática
Nivel glicémico	80%	100%
Momento en que debe desarrollarse la prueba	75%	100%
Importancia del tratamiento farmacológico	70%	100%
Visitas al médico por año	100%	100%

Finalmente, se pidió que los conocimientos adquiridos los llevaran a la práctica y que en la última reunión se comentara sobre las dificultades a las que se enfrentaron para poder llevar a cabo las recomendaciones. En el cuadro cuatro IV se aprecia que el rubro con mayor problemática fue el relacionado con los alimentos, viviendo las experiencias más difíciles las mujeres por ser ellas las encargadas de preparar los alimentos. Los participantes refieren que a pesar de saber que existen alimentos que les harán daño en ocasiones es muy difícil decir no, principalmente si se encuentran reunidos con familiares o actividades del trabajo que a su vez es un factor determinante para cumplir con los horarios de alimentación, en este caso los hombres se ven más afectados que las mujeres.

En el caso del ejercicio, hombres y mujeres les fue difícil cumplir con dicha actividad, los primeros por los horarios laborales que les deja poco tiempo para esta actividad, quedando libre el fin de semana pero que por lo mismo prefieren dormir más. Las mujeres plantean que las actividades de la casa son absorbentes y agotadoras y que al final del día lo único que desean es descansar.

El seguir el tratamiento en los primeros meses del diagnóstico fue difícil para hombres y mujeres y el primer mes olvidaron tomarse el medicamento en varias ocasiones, esto provocó en ellos angustia ya que al no tomarlo su glucosa se elevaría y el médico se molestaría.

**Cuadro IV. Principales problemas para llevar a cabo las indicaciones**

Concepto (derivado de cuestionario)	Dificultades
Alimentación	No es posible llevar las colaciones No puedo preparar comidas para diferentes personas En la casa no les gusta lo que yo como
Ejercicio	Cuando voy a otras casa no puedo decir que no Cuando como en la calle es difícil elegir
Control	No me alcanza el tiempo para hacer ejercicio todos los días Cuando salgo de compras aprovecho para hacer el ejercicio Lo dejo para el fin de semana Se me olvida tomar el medicamento Cuando se me olvida me toma la tableta doble en el siguiente alimento

**CONCLUSIONES**

Los resultados de esta investigación revelan que el modelo cultural que tienen los diabéticos estudiados en los grupos de auto ayuda en cuanto al cumplimiento del tratamiento no se asocia a un mayor o menor nivel de los conocimientos que ellos poseen. Por el contrario, a



través de esta intervención se ofertó a los pacientes de información completa y clara sobre sus cuidados y tratamiento y que a través de las evaluaciones pudimos constatar que esta había impactado ya que el incremento de información entre el primero y segundo cuestionario fue por lo menos de 30%.

Se considera que al terminar las pláticas, las personas que asistieron cuentan con la información necesaria, no refieren dudas en cuanto a los conceptos y la manera de llevarlos a la práctica, podemos decir que el modelo de educación para la salud en grupos de autoayuda, para tratar a pacientes con diabetes tipo 2 y educación básica, resulta a los participantes fácil comprender. Sin embargo cuando los participantes se enfrentan a su cotidianidad, la gran mayoría refiere problemas para llevarlos a la práctica, así como en el terreno de la familia y su círculo más cercano de familiares. Las vivencias fueron diferentes para hombres y mujeres como se indica en los resultados.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de incrementar el conocimiento en cuanto a los aspectos culturales que se viven en la comunidad en torno a los diabéticos por parte del equipo de salud que los atiende.

El principal problema para el cumplimiento en especial de la dieta, involucra a personajes de la familia y del círculo social de amistades más próximo.

En cuanto a la actividad física, el ritmo de vida es el principal factor que limita que los diabéticos cumplan con ella. Refieren que no hay tiempo para hacerlo, quedando el concepto como si el hacer ejercicio fuera igual a perder tiempo.

La diabetes se vive de manera diferente entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres encontramos que les cuesta más trabajo cumplir en el aspecto de la dieta y delega la responsabilidad de la preparación de los alimentos a las mujeres. Pero las mujeres refieren que la cotidianidad y la saturación de actividades doméstica limitan la preparación de alimentos adecuados.

Los resultados encontrados sugieren que el trabajo en grupos de autoayuda beneficia a los participantes facilitando la comprensión de la enfermedad.

Los grupos de autoayuda resultaron insuficientes, en estos pacientes, para lograr el cambio de hábitos en la vida cotidiana

La diabetes tipo 2 se vive de manera diferente entre hombres y mujeres

Los grupos de autoayuda mejoraron la adherencia al tratamiento

Existe un elemento fundamental, la familia, Si hay una familia que apoya, que estimula al seguimiento del tratamiento, que participa en adquirir los mismos hábitos adecuados para el paciente, facilitará en la persona con diabetes el control de su enfermedad.

Finalmente agregaremos que se requiere hacer énfasis en ¿como llevar el conocimiento obtenido durante las sesiones informativas como esfuerzo de educación para la salud, al plano de la práctica en la vida cotidiana?

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson y Robins, (1998) en Rodríguez S. (2002). *Guía mexicana de diabetes 2002*. México: asociación mexicana de diabetes.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Chile. Mediterráneo.
- Epidemiología de la diabetes mellitus en el mundo*. En: Manual de diabetes mellitus. 1ra ed., Costa Rica, Pfizer 1982
- García, J. (1994). *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana.
- Gil, M. (2007). *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud*. España. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Haynes y Sackett en Puente-Silva, F. (Editor) (1984). *Adherencia Terapéutica*. Implicaciones para México. XXIII Congreso Internacional de Psicología, México.
- Hidalgo C, Carrasco E. *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999.
- Higashida, B. (2001). *Ciencias de la salud*. México. Mc.Graw-Hill.
- Lazarus, S. Y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.



Maldonado A, Bloise D, Ceci M, Fraticelli E, Fallucca F. (1995). Diabetes Mellitus: Lessons from patient education. *Patient Educ Couns.*

Moos, R. H. (1982) en Rodríguez, J. (2008). *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis psicología.

Morales, C (1997). Introducción al estudio de la psicología de la salud. México: Universidad de Sonora.

Oblitas, G. L.A. y Becoña, I. E.(2000). *Psicología de la salud*. México. Plaza y Valdés Editores.

Puente-Silva en Puente-Silva, F. (Editor) (1984). *Adherencia Terapéutica*. Implicaciones para México. XXIII Congreso Internacional de Psicología, México.

Rodríguez, J. (2008). *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis psicología.

Shontz (1975) en Rodríguez, J. (2008). *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis psicología.