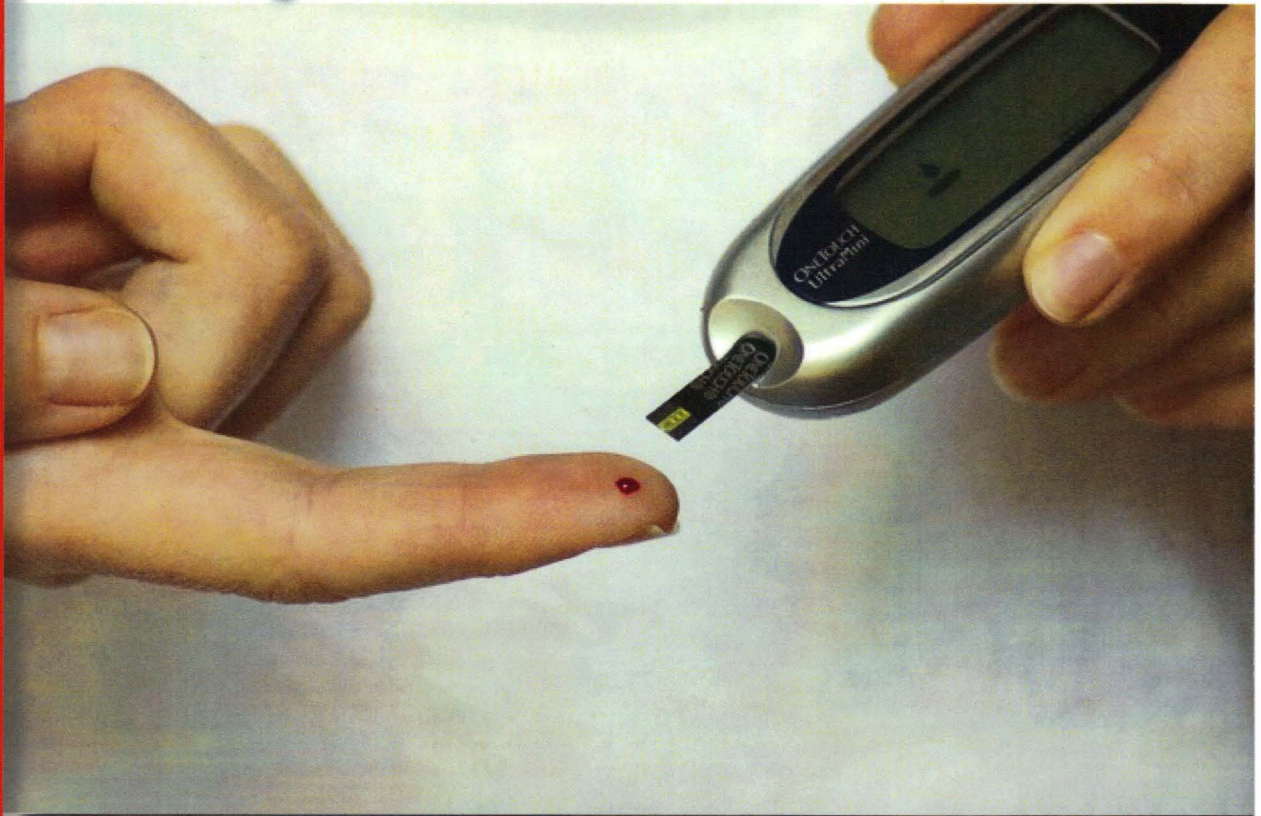


Diabetes y educación



De la teoría a la práctica

SOLANO • GUZMÁN • DEL CASTILLO
ROMERO • GARCÍA



DIABETES Y EDUCACIÓN

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

COORDINADORES

Solano Solano Gloria
Del Castillo Arreola Arturo
Guzmán Saldaña Rebeca María Elena
García Meraz Melissa
Romero Palencia Angélica

2015



PYSESA

1ª edición 2015

Tiraje de 500 Ejemplares

© Gloria Solano Solano

© Arturo del Castillo Arreola

©Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

©Melissa García Meraz

© Angélica Romero Palencia

DIABETES Y EDUCACIÓN DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA©

ISBN : 978-607-96612-3-6

Impreso y hecho en México por Planeación y Servicio Editorial S.A.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra –incluyendo las características técnicas, diseño de interiores y portada ----- por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía, el tratamiento informático y la grabación, sin la autorización previa de los titulares del copyright.

CONTENIDO

Resúmenes curriculares	5
Capítulo I	13
Educación en pacientes con diabetes	
Capítulo II	21
Propuesta de un modelo participativo en la génesis y aplicación de programas para la educación en diabetes	
Capítulo III	35
Estructura y consideraciones para la implementación de un programa educativo en personas con diabetes y en su ámbito familiar.	
Capítulo IV	43
Representación social del apoyo familiar al diabético: caso Diabet IMSS	
Capítulo V	67
Educación y Salud	
Capítulo VI	91
Generalidades Sobre la Estructura de un Programa Educativo	
Capítulo VII	119
Programas psicoeducativos para el autocontrol de la diabetes de corte cognitivo - conductual.	
Capítulo VIII	147
La intervención multidisciplinaria en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2.	
Capítulo IX	159
Experiencias de la vida sexual de pacientes con Diabetes ⁹	

Capítulo X	187
EL manejo del proceso de duelo de las personas con diabetes tipo 2 a quienes se les amputo una extremidad inferior	
Capítulo XI	209
Impacto del constructivismo en el génesis y aplicación de programas para la educación en diabetes.	
Capítulo XII	221
Mujeres con diabetes tipo 2, estresores y estrategias de afrontamiento en una comunidad semi-rural de Hidalgo.	
Capítulo XIII	247
Enfermedad renal diabética tratamiento y educación	

Capítulo IV

Representación social del apoyo familiar al diabético: caso DiabetIMSS

*Rodríguez Torres Alejandra
Camacho Ruíz Esteban Jaime
Escoto Ponce de León María del Consuelo
Casas Patiño Donovan*

Introducción

Diabetes mellitus, el problema se expande.

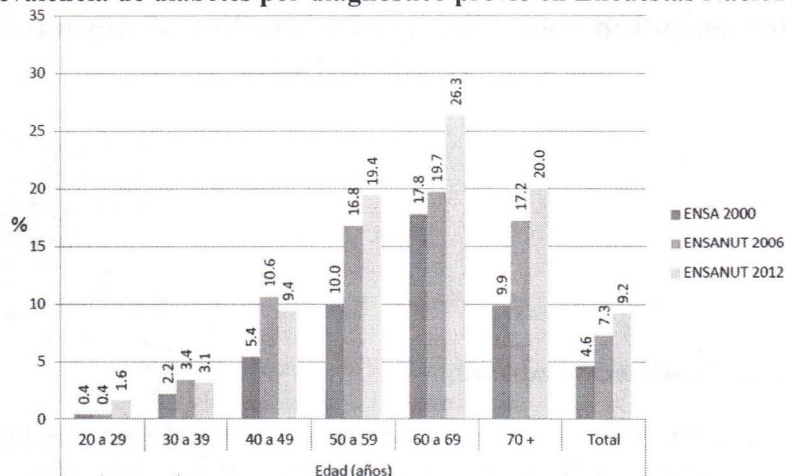
La diabetes mellitus (DM) representa una preocupación para los organismos internacionales en salud, y en últimas fechas para México por los grandes problemas no sólo referentes al área de la salud, sino por los altos costos económicos y sociales que la DM genera. Si hablamos en términos epidemiológicos mundiales, la incidencia va en aumento. En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos a nivel mundial y las proyecciones para el año 2030 son de alrededor de 552 millones (International Diabetes Federation 2013; King, Aubert & Herman, 1998), esto significaría un incremento de 400% en la prevalencia, predominando en el sexo femenino y siendo más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años (Moreno, 2001). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), actualmente en el mundo existen más de 347 millones de personas portadoras de diabetes.

En México, las cifras que se reportan según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) es de una incidencia de 371.55 diabéticos por cada 100,000 habitantes, así mismo, estudios recientes reportan entre 6.5 y 10 millones de afectados y una incidencia de 400 mil nuevos casos por año (Hernández-Valencia, 2006). Actualmente es la primera causa de incapacidad, por ceguera e insuficiencia renal y la décimo primera causa de atención hospitalaria (Rull et al., 2005). Los casos nuevos de DM incluyen a niños y adolescentes que son afectados como consecuencia de un estilo de vida sedentario y poco saludable, condicionado por el sobrepeso y obesidad, esto se ha convertido en un problema de salud pública (Gil, Aguilar, Echevarría, Michaus & Torres, 2013).

Con relación al tipo de diabetes se observa una diferencia en cuanto a la frecuencia, siendo más común la tipo 2 que representa entre 85 y 90% (García & Díaz, 2005). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) se identificaron 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en

México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. Como se observa en la figura 1, las cifras de diabéticos siguen incrementándose en comparación con prevalencias de años previos. De acuerdo a los datos anteriores, podemos afirmar que la DM es la nueva pandemia del siglo XXI.

Figura 1. Prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en Encuestas Nacionales de Salud



Fuente: ENSA: Encuesta Nacional de Salud; ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud.

Tomado de: Jiménez, A., Rojas, R., Villalpando, S., Barquera, S. & Aguilar C. (2013). Diabetes mellitus: la urgente necesidad de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Trabajo presentado en el *Seminario Académico ENSANUT 2012: análisis de la evidencia para las políticas públicas en salud*, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Consultado el 26 de septiembre de 2013 en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0302.pdf>

La DM es considerada un problema de salud pública, no sólo por el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen con la consecuente pérdida de años de vida productiva y muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios hospitalarios, por lo que los costos de tratamiento son altos para la economía de las instituciones del sistema nacional de salud.

El IMSS, su realidad y programas de combate a la diabetes.

Se ha demostrado que el costo de la atención médica de las personas con diabetes puede ser entre 2-3 veces mayor que el de la población no afectada. En México, representa 34% del presupuesto de servicios sociales del país; tan sólo para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) su atención representa entre 14-15% de los recursos anuales destinados a salud (Arredondo, 2013; Procuraduría Federal del Consumidor, 2007). Se estimó que el gasto total de un día de los pacientes con diagnóstico de diabetes que reciben atención en el IMSS es de 54,939,068 pesos de los que se distribuyen de la siguiente manera: \$42,978,390 (78.2%) para la atención ambulatoria;

\$8,334,427 (15.2%) se destinan a la atención hospitalaria; \$1,476,843 (12.7%) a las sesiones de hemodiálisis ambulatoria; \$1,421,454 (2.6%) a las sesiones de diálisis peritoneal; y 4727,954 (1.3%) a las sesiones de rehabilitación de pacientes amputados (IMSS, 2010). Se identificó también que en los programas de diálisis cinco de cada 10 pacientes atendidos tienen diagnóstico de DM2 y la mitad de estos pacientes fallece por causa cardiovascular (Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz & Aguilar, 2010).

Con relación a la atención médica, la consulta de medicina familiar del IMSS ocupa el segundo lugar y en la consulta de especialidades el quinto lugar; y en la consulta de urgencias, y como motivo de egreso hospitalario, el octavo lugar (IMSS, 2010). Ahora bien, respecto a los servicios de salud en México, el sistema mexicano garantiza a toda la población del país acceso a la salud, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero de garantías individuales, el cual establece la protección de la salud como un derecho de todo mexicano (Gobierno de la República, 2013). El sistema de salud a su vez está dividido en tres grupos de acuerdo a su estructura económica-administrativa tal como lo describe Frenk (2008):

1. El sistema público constituido por instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR).
2. Instituciones que prestan servicios a población abierta sin seguridad social: Salud Seguro Popular (SSP), IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Secretaría de Salud (SS).
3. Instituciones de salud privadas para población con capacidad de pago de bolsillo.

En este sistema de salud mexicano, el IMSS tiene una representación mayoritaria con relación a infraestructura, recursos humanos, población adscrita, atención médica completa y expedita a la población y en prestaciones sociales es la más completa en el rubro de seguridad social. En 2008, el IMSS implementó tres estrategias específicamente en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) de todo el país para la prevención y atención dirigidas al paciente diabético, las cuales consistieron en:

1. Formación de Módulos de DiabetIMSS.

Surge como un programa de homogenización en la atención del paciente diabético, con el objetivo claro de alcanzar metas de control metabólico, así como de identificar en forma temprana complicaciones, otorgando manejo oportuno a estas. El programa está centrado en las necesidades y los valores de los pacientes, se fomenta el trabajo en equipo y se faculta al personal operativo para la toma de decisiones coordinadas entre cada uno de los integrantes, incluido el paciente, se basa en módulos con actividades simultáneas: a) consulta individual con el médico familiar: atención médico-asistencial con un enfoque biomédico, b) sesiones en grupo que se otorgan por el equipo multidisciplinario de salud que incluyen: orientación nutricional, revisión odontológica (estomatología), programación de temas y promoción de la asistencia al módulo

(coordinada por trabajo social) y pláticas de autocuidado (personal de enfermería, psicología y médico familiar). Con estas sesiones se refuerzan acciones y actividades para incidir positivamente en la modificación del estilo de vida por medio de un plan de nutrición y actividad física, medidas de autocuidado y automonitoreo, técnicas específicas de apoyo emocional y de modificación conductual, favoreciendo la interacción entre pacientes con el propósito de que tengan un intercambio de experiencias exitosas para el control de su padecimiento, complicaciones, limitación del daño y rehabilitación, con el objetivo de lograr conductas positivas y cambios de estilo de vida saludables, buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia (Gil et al, 2012).

Los criterios de ingreso a este módulo son:

- a) Ser portador de cualquier tipo de diabetes.
- b) Que acepte ser referido al módulo.
- c) Con menos de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas.
- d) Sin deterioro cognitivo, psicosis o fármaco dependencia.
- e) Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
- f) Que pueda acudir una vez al mes para su atención integral que incluye una sesión educativa con una duración de 2 a 2.5 horas, y una consulta médica mensual.

El objetivo final del DiabetIMSS es enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico a través de los parámetros normales de glucosa, lípidos y presión arterial, así como a identificar de forma temprana las complicaciones asociadas a riñones, retina y extremidades, todo esto desde una mirada biomédica, acotada al servicio medicalizado e individualizado.

De esta manera, se busca una intervención oportuna que se traduzca en el mediano y largo plazos en una disminución considerable de los efectos catastróficos de las complicaciones de esta enfermedad, tanto para la calidad y esperanza de vida del paciente como para el Instituto. Entre 2008 y 2011 se instalaron 101 módulos y hasta 2013 son en total 135 módulos (Dirección de Prestaciones Médicas, 2011). Del total de los pacientes atendidos, 43 por ciento logró valores normales de glucosa, lípidos y presión arterial (Dirección de Prestaciones Médicas, 2011) y el resto no manifestó control biomédico adecuado (Tabla 1).



Tabla 1. Indicador principal del programa DiabetIMSS 2008-2011

Cuadro XII.1.
Indicadores principales del Programa DIABETIMSS, 2008-2011

Año	Implantación de Módulos	Consultas otorgadas	Número de pacientes	Pacientes atendidos por hora	Pacientes con control metabólico (%)	Pacientes referidos a segundo nivel (%)
2008 ¹	26	12,628	6,489	1.20	-	-
2009	9	151,076	24,421	2.55	52	91
2010	42	363,380	48,829	3.56	32	36
2011	24	803,598	61,736	3.60	44	59
Total	101	1,130,682	141,475	2.73	43	62

¹ En el año 2008 se considera solamente el periodo de octubre a diciembre.
Fuente: DPM, IMSS.

2. Actualización, difusión y supervisión de la aplicación de la Guía de Práctica Clínica:

Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, la Guía técnica para otorgar atención médica en el módulo DiabetIMSS a derechohabientes con diagnóstico de diabetes mellitus en unidades de medicina familiar como (Dirección de Prestaciones Médicas, 2011): a) Educación al paciente diabético: dirigido a pacientes en general y, b) Difusión del módulo DiabetIMSS, para difundir, se diseñó y se gestionó material de difusión (carteles, trípticos, postales) para fortalecer el conocimiento del programa entre los derechohabientes, además de la agenda de autocontrol, la cual permite al paciente llevar en cada consulta y sesión educativa el monitoreo de los parámetros de laboratorio y somatométricos, como vigilancia de su autocuidado (Gamiochipi et al., 2009; Gil, Domínguez & Torres, 2012).

Esto se hizo sobre la base de recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, que complementan la buena práctica para la atención del paciente diabético y facilitan la toma de decisiones clínicas del equipo multidisciplinario de salud.

3. Mejora en la hoja de control de diabetes-hipertensión del expediente clínico electrónico.

Se actualizaron los parámetros antropométricos y sistematización electrónica de laboratorio clínico, con la finalidad de dar seguimiento a las metas de control y las complicaciones de cada paciente, además de brindar por este medio, información que permitirá evaluar y dar seguimiento al proceso de atención médica. Además se actualizó el cuadro básico de medicamentos de las unidades de medicina familiar, incorporando insulinas de nueva generación (insulina lispro, insulina glargina, insulina mixta) con base en la mejor evidencia en el tratamiento farmacológico.

A casi seis años de iniciadas estas propuestas, se ha observado un pobre impacto en cuanto a mejorar los niveles glucémicos y otros parámetros clínicos como peso, IMC y perímetro abdominal, que han sido comprobados en diferentes estudios como el de León, Araujo-Mendoza y Linos-Vázquez (2012) donde, a un año después de haber ingresado al DiabetIMSS, estos parámetros presentaron una reducción significativamente mínima en comparación a la inicial, que quedan expuestos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud

Pública, 2012), la cual a su vez asienta la necesidad de reforzar el desarrollo de investigación sobre las consecuencias sociales e individuales de la diabetes y una estrategia agresiva que incida en los estilos de vida.

Podemos afirmar que estamos en un momento histórico donde los determinantes sociales deben de mirarse como el factor desencadenante dentro de la esfera del paciente diabético y son estos los que someten a un fenómeno exponencial de la diabetes, ya que el ambiente, el trabajo, los alimentos, el acceso a servicios básicos, la educación, la cultura, subculturas, etc., que ocasionan un proceso de salud-enfermedad complejizado individual y colectivo, pueden establecer ese riesgo exponencial de la diabetes mellitus, percibida como una *transferencia intergeneracional*, entendido este término como una herencia irrevocable del núcleo familiar.

La familia: para entender a la diabetes

La familia es una institución social donde se asignan status y funciones a los miembros que la conforman, en un momento histórico de la humanidad, respecto al proceso salud/enfermedad patrones sociales, culturales y psicológicos asimilados por el núcleo familiar.

La aparición de una enfermedad crónica dentro de un núcleo familiar puede representar un problema tanto para su composición como para su funcionamiento. El adaptarse a una nueva situación involucra mecanismos de autorregulación que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2004).

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones, tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla.

Estas alteraciones pueden condicionar dos tipos de respuesta de la familia ante la enfermedad (Fernández, 2004):

1. Tendencia centrípeta, donde se muestra una cohesión con cada uno de los integrantes y todas las actividades giran en torno al enfermo, el cual queda en el centro de las interacciones y consumiendo los recursos afectivos y económicos.
2. Tendencia centrífuga, donde el cuidado del enfermo es delegado a una persona, ya que los miembros no está relacionados con la situación de la enfermedad.
3. La salud de los individuos está influida por su familia y, a su vez, la enfermedad incide en la vida familiar. Así que, cuando un individuo enferma, debemos plantearnos cómo influye su familia en la aparición y/o evolución del proceso y en qué medida va a afectar este a sus miembros (Fernández, 2004).



El apoyo social como pieza de combate a la diabetes

El término apoyo social tiene su origen en la década de los setenta en la escuela británica de Manchester, y se trata de un proceso interactivo de ayuda en diferentes categorías. Cassel y Cobb (1974) propusieron que el apoyo protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes y que este es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo.

Por su parte, Caplan (1974) propone aunado a lo anterior, que esos sistemas de apoyo suministran a las personas de provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional, lo cual implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan un parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona. Desde entonces, la influencia del apoyo social en la salud y el ajuste psicológico y social ha despertado el interés en disciplinas como la psicología, la epidemiología, trabajo social, sociología o la psicología social y en profesionales encargados de la salud y de la intervención social.

Debemos ver a las personas arraigadas en un contexto interactivo de fomento de salud, haciendo ver que la salud no es tarea de actos individuales, aislados, sino de la colaboración de todos con objetivos bien definidos, con la finalidad de aumentar la calidad de nuestro entorno y nuestras vidas.

Siendo la familia una unidad de funcionamiento interdependiente, el complejo de la dinámica, relaciones intrafamiliares y determinantes sociales pueden influir en el proceso de adherencia terapéutica del paciente diabético (Domínguez et al., 2009). Respecto a las vías en que las que la familia influye en el manejo de las enfermedades crónicas, Fisher y Weihs (2000) señalan que el ambiente emocional familiar afecta directamente los sistemas fisiológicos del paciente, así como también la forma en la que ellos reaccionen ante la enfermedad puede generar cursos específicos en los comportamientos de autocuidado.

El control de las cifras de glucosa, más que el simple hecho de tomar un medicamento, depende de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, en las que el apego depende del apoyo familiar, como lo demuestran los estudios de Rodríguez y Guerrero (1997) y de Valenciaga, González de la Vega, Pons y Sánchez (1995). Para estos autores, la relación entre el control del paciente y el apoyo familiar puede explicarse por el conocimiento que los familiares tengan sobre la enfermedad, que a su vez puede reducir el estrés generado y mejorar el apego de las recomendaciones del grupo interdisciplinario de primer nivel.

En las últimas décadas, se ha hecho más evidente la manera en cómo los contactos y los apoyos familiares repercuten en la enfermedad y su desenlace. Se considera que el apoyo es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica, además de que influye en el desarrollo de las conductas de salud o del autocuidado, así como en la observancia del



tratamiento médico (De la Revilla & Espinosa, 2003; Gomes, Foss, Foss & Pace, 2012). En un intento de abordar el alto incumplimiento en las instrucciones sobre los cuidados del paciente diabético, se han realizado estrategias de intervención, prevención y tratamiento, sin embargo, estas no siempre concuerdan con las necesidades del sujeto enfermo y regularmente las rechaza, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de una comprensión más profunda.

El éxito del apoyo multifactorial depende no sólo de la habilidad y el deseo de quien lo provee, sino también de las modalidades específicas de búsqueda y el grado de aceptación con que el receptor consienta la ayuda que el proveedor de soporte esté dispuesto a brindarle. Sus beneficios se deben a que repercute positivamente en los sentimientos de autoestima de la persona, ayudándola a sentirse querida y valorada, reforzando los sentimientos de control personal, lo cual desempeña un papel importante en el bienestar general (Orueta, 2005; Levin, Mota, Rivas & Rojas, 2012).

Derivado del punto anterior, podemos decir que la reacción de la familia a la presencia de una enfermedad, a su vez dependerá de la interacción de factores como la cultura, el tipo de familia, los símbolos y significados que tenga cada uno de sus miembros con respecto a la enfermedad y todo ello se verá reflejado en la actitud de los parientes acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos del paciente diabético (González, 2011; Salcedo, García & Sevilla, 2008; Valadez et al., 2003).

Se pueden distinguir tres funciones básicas en el apoyo (Valadez et al., 2003):

- El encaminado al aspecto emocional: sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
- El instrumental o activo: en el cual presta ayuda directa o servicios para un fin determinado.
- El informacional: proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía, que les ayude a resolver sus problemas; este no es fácil separarlo del emocional.

Por último, el apoyo se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente, en este caso de la enfermedad. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el padecer de la enfermedad. Durante los últimos años, se han utilizado diversos instrumentos para evaluar el nivel de apoyo social percibido por las personas. Algunos son muy específicos (VIH, cáncer, diabetes, etc.) y otros son para la población general, entre los más usados:

1. Cuestionario de Apoyo Social Funcional de DUKE-UNC (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988). Consta de 11 ítems en una escala de Likert y evalúa 3 dimensiones exclusivamente del apoyo funcional (apoyo total percibido, apoyo afectivo y confidencial). Este cuestionario no evalúa el apoyo social estructural.



-
2. Cuestionario Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS-SSS, creado en 1991 por Sherbourne y Stewart. Consta de 20 ítems que evalúan tanto el apoyo estructural como el apoyo funcional (apoyo emocional, instrumental, afectivo e interacción social positiva), mediante una escala tipo Likert.
 3. Cuestionario de Apoyo Social (SSQ, Sarason, Levine & Basham, 1983). Es un instrumento de 27 ítems el cual evalúa el tipo de soporte y el grado de satisfacción de cada tipo de soporte. Es importante mencionar que la mayoría de los ítems hacen referencia al apoyo emocional.

Estudios relacionados con el apoyo a diabéticos

En este binomio familia-enfermo, el apoyo como eje central ha sido objeto de análisis y de estudio como bien lo constatan los estudios que se describen a continuación.

Molina, Bahsas y Hernández (2009) realizaron un estudio sobre funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. En ese estudio descriptivo transversal, se aplicó un cuestionario de funcionalidad familiar (APGAR) y el MOSS-SSS a 87 pacientes diabéticos de un hospital universitario. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes tenían entre 60 y 69 años de edad, la mayoría eran viudos, con aporte económico que procede de los hijos o del cónyuge para la manutención del tratamiento, con antecedentes de haberse desempeñado como comerciantes, oficios del hogar o jubilados. Utilizaban muletas y sillas de ruedas como medio de movilización. Respecto a la calidad de la relación del paciente con su grupo familiar, en su totalidad fue buena, con el apoyo de los amigos como soporte social, concluyendo que la funcionalidad familiar fue muy buena a expensas de la adaptación y la participación.

Arredondo, Márquez, Moreno y Bazán (2006) tuvieron un acercamiento a la influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Este se trata de un estudio cuantitativo donde se aplicó una encuesta la cual contenía variables sociodemográficas, variables clínicas del paciente y se valoró el apoyo social con la escala de Duke UNC. Este estudio concluyó que el obtener conocimientos acerca del apoyo social más allá del simple concepto de una necesidad biológica básica de interacción social, y poder verlo como un proceso interactivo y dinámico, que puede tener un efecto modificador o amortiguador que impacta directamente sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad.

Rodríguez y Guerrero (1997) realizaron un estudio sobre la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. En dicho trabajo basado en un estudio de casos y controles, se aplicó un instrumento de valoración de apoyo familiar a los *casos* definidos como los pacientes normoglucémicos y a los *controles* definidos como al grupo que cursaba con hiperglucemia. Los resultados indicaron que la norma glucemia se asoció a mayor apoyo familiar y a la mayor información que tiene el familiar sobre la diabetes, por lo que propone dirigir y desarrollar procesos de educación sobre la diabetes, tendientes a modificar las actitudes y mejorar las habilidades y conocimiento del paciente y los familiares, para reforzar las acciones de apoyo al núcleo familiar.

En 2002, La Greca y Bearman evaluaron el apoyo social con un cuestionario versión la familia. Mediante la aplicación dicho cuestionario se examinó las asociaciones entre diabetes y apoyo familiar, con variables como la edad, sexo y apoyo familiar y de amigos y su relación con el apego al tratamiento. El cuestionario se compone de 58 ítems, las cuales están basadas en conocimiento sobre la insulina, análisis de sangre, comidas, ejercicio y el apoyo emocional. Este cuestionario de apoyo social enfocado a la familia resultó ser una herramienta clínica y de investigación útil para medir la percepción de los adolescentes con respecto al apoyo familiar.

En el estudio de Valadez et al. (2003), se diseñó un instrumento para la medición del apoyo familiar al diabético tipo 2. En este estudio se inició con un inventario de elementos que se deben tomar en cuenta para lograr el apoyo familiar, los cuales estuvieron sustentados fundamentalmente en los conocimientos de la familia relacionado con las medidas de control y la complicación de la DM2, estimado como necesarios para poder prestar apoyo informacional. En segundo lugar, se valoraron las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control para entender las indicaciones médicas y como reflejo del apoyo tangible o instrumental. El cuestionario de 24 preguntas se desarrolló con respuestas tipo Likert y la validez de contenido se estimó a partir de expertos.

El inventario se aplicó a una muestra no probabilística de 198 familias con diabéticos de ambos sexos y diferentes años de evolución. Se utilizó la t de Student para evaluar la capacidad de discriminación de los ítems y determinar las diferencias al interior del grupo por edad, sexo y años de evolución. Se estableció la confiabilidad con el alfa de Cronbach. Se obtuvo una confiabilidad de .93 para todo el inventario: para la escala de conocimientos fue de .86 y para la de actitudes de .92. De las subescalas estudiadas, la de conocimiento sobre complicaciones presentó el coeficiente más bajo .64. Con el instrumento construido se obtienen diferencias en las familias de los diabéticos, en cuanto a la edad, sexo, y años de evolución del familiar diabético. Esta situación se encuentra directamente ligada a las necesidades, expectativas y cuidados de las familias, que deben ser identificados para fortalecer la atención del diabético.

Molina et al. (2009) realizaron un estudio que evalúa la funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra fue de 87 pacientes diabéticos y amputados a los cuales se aplicó el test de Apgar Familiar para determinar el nivel de funcionalidad familiar y el cuestionario de Apoyo Social de MOS para establecer el apoyo instrumental emocional, de interacción positiva y apoyo global. Se obtuvo que 82.8% de los pacientes diabéticos amputados compartían alta funcionalidad con el grupo familiar, 12,6% tenían disfunción familiar moderada y 4,6% disfunción familiar severa.

Al investigar el Apoyo Social encontramos que más de 75% tiene menos de diez amigos y más de 25% tiene menos de dos amigos, lo que nos indica que predomina la calidad del soporte social emocional, afectivo, instrumental, de interacción social positiva y por lo tanto el índice global fue máximo. En relación con el apoyo social, el apoyo afectivo fue máximo en 38 pacientes, 47 pacientes tuvieron un afecto medio y sólo dos pacientes con un apoyo mínimo. En el plano



emocional, 77 pacientes tenían máximo apoyo y 10 pacientes con un apoyo medio. El apoyo instrumental fue máximo en un 84% y 3% máximo y el apoyo global en 78 pacientes fue máximo y 9 pacientes tuvieron un apoyo global medio. El estudio concluye que la calidad de la relación del paciente con su grupo familiar en su totalidad fue buena, con el apoyo de los amigos como soporte social. La funcionalidad familiar fue muy buena a expensas de la adaptación y la participación.

Representación social para el entendimiento del apoyo social a la diabetes mellitus.

Las evaluaciones sobre *apoyo* están sentadas bajo las funciones básicas de apoyo y quedan bien entendidas por parte del investigador, sin embargo “¿qué entiende por apoyo el actor y la familia? Si bien, aunque el diabético es parte de la familia, el entramado de símbolos y significados en relación a apoyo puede ser el mismo o antagónico en comparación al de la familia, es por esto que se ha utilizado a la teoría de las representaciones sociales como herramienta para tratar de comprender cómo es la perspectiva que tienen las personas enfermas sobre su padecimiento, sus necesidades, sus temores y cómo se sentirían apoyados en la vivencia de su enfermedad.

La Teoría de las Representaciones Sociales (RS) hace alusión al término que acuñó Sergeí Moscovici, psicólogo social francés de origen ruso, el cual retomó de un concepto olvidado de Durkheim, donde la representación social surge para contrarrestar el incremento de la individualización en psicología social, pues la tendencia que había prevalecido en esta disciplina se encontraba alejada de lo social y se dirigía al individuo. Su teoría aporta las categorías que permiten ver la dinámica de la construcción de una representación de lo social, en este caso a través de los medios de comunicación dentro de los cuales se emite un estereotipo (Moscovici, 1963, 1994).

Para Delval (2000), las representaciones se forman en las experiencias cotidianas de los sujetos, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, como el mundo físico, el mundo de la vida o el mundo social, o a aspectos muy limitados como el funcionamiento de un ecosistema o el ciclo de vida de un organismo. Estas representaciones le dan el sentido a la realidad, van cambiando y son dinámicas. Las representaciones, de acuerdo con Álvarez (2004), son sociales, porque permiten crear, entre las personas, redes de elaboración y transmisión de información. El carácter social de las representaciones orienta su estudio hacia el conocimiento colectivo y su vinculación con la práctica.

Las representaciones permiten a las personas conducirse ante los distintos estímulos del medio ambiente y a su vez, a actuar sobre este. Cuando las representaciones se comparten en un grupo, estas adquieren el adjetivo de sociales, ya que se construyen en un proceso de actividad cultural, son un fenómeno histórico y social de la sociedad contemporánea. Comprenden una serie de nociones acerca de un cierto objeto. Esta teoría critica las posturas clásicas de la psicología conductual en las que la relación sujeto-objeto está basada solo en la relación estímulo-respuesta,



en cambio, afirma que en la relación entre el objeto y el sujeto existe una relación interdependiente (Acosta 2006; Barsaglini, 2008).

La RS desde una óptica psicosocial es un mecanismo de cognición e instrumento de socialización y de comunicación. Moscovici la define como:

“...una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen tangible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, librando los poderes de su imaginación” (Moscovici, 1963), donde la estructura nos conduce a la elaboración de un entramado de significaciones, donde el individuo es quien transporta, refleja y reproduce, los significados y códigos de interacción entre las personas integrantes de la sociedad, y que estos conforman un pensamiento común en un “contexto elaborado” (Wagner & Palacios, 2010).

Las RS son responsables del proceso de significación de un contexto, puesto que orientan los procesos de comunicación dentro de un grupo o entre los diferentes grupos. La apropiación, la familiarización de un objeto, de un acontecimiento o de una persona, es un proceso fundamentalmente establecido por lazos de comunicación. Justo cuando esta concierne de la misma manera, con las mismas reglas con rasgos semejantes a un objeto de representación, el grupo avanza en la dirección de insertar un objeto de vida cotidiana (Jodelet, 1986). La comunicación aplicada a convertir lo extraño en familiar es, simultáneamente, un conglomerado de relaciones sociales, ante el cual un objeto es sometido y reproducido, facilitando la apropiación de la realidad. Son construcciones de los sujetos sobre un objeto, pero nunca reproducciones de ese objeto.

La teoría de la RS, puede ser a la vez una teoría general y una teoría particular; teoría general porque las representaciones coadyuvan a la construcción de lazos y acciones comunes, y es particular porque analiza las formas colectivas del pensamiento, de las creencias y de la comunicación bajo el apremio de la sociedad, estos procesos de análisis, permiten demostrar que el concepto teórico de la representación social es un sistema de conocimientos genuinamente social, puesto que la construcción en común del entramado de significaciones construye o da forma al núcleo de la representación social (Moñivas, 1994; Piñeiro, 2008).

La teoría de la RS, puede ser analizada todavía desde una *doble mirada*: como *metateoría* (paradigma crítico en el análisis de los procesos psicosociales) o como *fenómeno de la conducta social* (anclaje ineludible de los procesos psicosociales y de la acción cognitiva), donde la interpretación de estos principios generales es el intento de aprehender la realidad (Knapp, Suárez & Mesa, 2003; Wagner & Palacios, 2010).

A la representación social también se le puede mirar de una manera dual; como un todo, pues se la ve como un proceso de comunicación y discurso, con la finalidad de construir un objeto social,



y desde otra, es como un todo pero distribuido individualmente, y por ende, aquí es vista como atributos y estructuras de conocimiento individuales, símbolos y afectos ampliamente compartidos con otras personas, que en el contexto general tratan de esclarecer una explicación al fenómeno de la representación social (Araya, 2002; Rech & Vizeu, 2007).

La teoría de la RS, guarda de igual forma dos procesos: 1) la objetivación, la cual es implementada por el grupo en dos formas; a) naturalización, conjunto de códigos que un grupo impulsa para hacer familiar lo extraño, b) clasificación, coloca y organiza las partes del mundo circulante, lo cual sirve para crear convicciones compartidas por todos; 2) el anclaje, es un acto de inserción de las opiniones en el grupo o en el individuo, lo cual transforma el objeto en un marco de referencia y de red de significaciones que están cargadas de, normas, valores, identidad, reglas, relaciones de poder, etc., que hacen del objeto un hecho social y expresa una relación social; de esta manera la representación social es un sistema de interpretación porque sirve como mediación entre los miembros de un mismo grupo, que representan un papel en la vida cotidiana (Jodelet, 1986).

La RS integra conceptos cognitivos distintos como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., puede ubicarse como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social; así la representación social es: "...una forma de conocimiento de sentido común ... es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales" (Moscovici, 1994), la RS guarda una posición y función en el entramado de significaciones, donde:

la mediación individual + el trama socio-estructural = a la representación social.

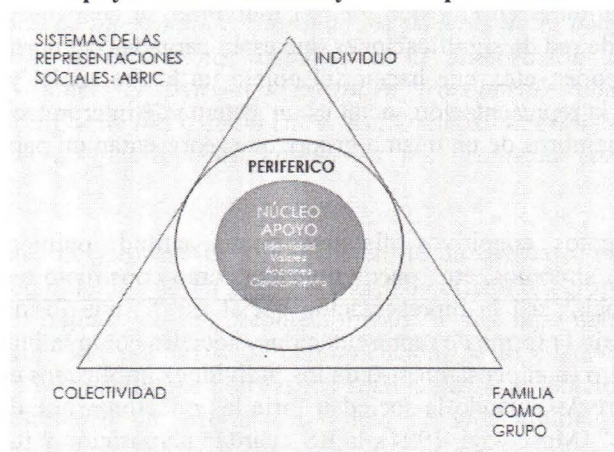
En esta fórmula se contrastan lo individual y lo social, donde el sujeto y el objeto, están en un mismo espacio dejando a un lado la ausencia de contrastaciones, así es como entenderemos a la representación social, en nuestra investigación. Las representaciones tienen por misión primero describir, luego clasificar y por último, explicar (Moscovici & Hewstone, 1988).

Una de las aproximaciones al contenido de las RS nos informa que posee tres dimensiones interdependientes: información, actitud y campo de representación o imagen. Estas dimensiones de la representación social pueden orientar la investigación de una manera holista. Una RS se organiza en dos sistemas: el del núcleo central y otro periférico (Abric, 1993; Figura 2). Ellos participan de otro mayor, que es el de la representación, y guardan entre sí lazos complejos de carácter unívoco pero también profundas contradicciones. En relación al núcleo central, Abric (1994) le atribuye las siguientes funciones: "él está directamente relacionado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas; en ese sentido está fuertemente marcado por la memoria colectiva y por el sistema de normas al que dicho núcleo se refiere. Es estable, coherente, resistente al cambio y es relativamente independiente en el contexto social y material inmediato en el que la representación es puesta en evidencia (Sá, 1996).



La teoría del núcleo central fue propuesta por Abric (1993, 1994) en la forma de una hipótesis formulada en los siguientes términos: “La organización de una representación presenta una característica peculiar: no sólo los elementos de la representación son ordenados jerárquicamente, sino que toda representación social es organizada en torno a un núcleo central, constituido de uno o de algunos elementos que dan a las representaciones su significado”.

Figura 2. Esquema que representa basado en la Teoría de Abric los elementos de las RS y el apoyo a nivel central y a nivel periférico.



A nivel central el “apoyo” contiene cuatro categorías teóricas las cuales interpretaremos a nivel individual, sin embargo éstas interactúan en un grupo como lo es la familia y en una colectividad, al mismo tiempo que los elementos periféricos le brindan el carácter de social ya que además de ser representaciones colectivas están en contacto con factores culturales, políticos, económicos lo que les brinda la característica de social.

Por otro lado, el sistema periférico pragmatiza y contextualiza permanentemente las determinaciones normativas adaptándose a una realidad concreta, resultando de ello la movilidad y la pluralidad características de las personas. Es en el sistema periférico que inicialmente asimila las informaciones nuevas o los eventos susceptibles de colocar en cuestión al núcleo central. El sistema periférico permite una cierta modulación individual de la representación. Permite, por lo tanto, la elaboración de representaciones sociales individualizadas, organizadas no obstante en torno de un núcleo central común.

Sandoval (1997) señala que las RS tienen cuatro funciones:

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.

-
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
 - La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Diabetes y Representaciones Sociales

Pérez, Bautista y Bazaldúa (2005) estudiaron la representación cognitiva de la diabetes mellitus en adultos no diagnosticados, empleando un cuestionario de seis preguntas cerradas y abiertas para identificar creencias sobre las causas, síntomas, consecuencias, suposiciones de controlabilidad y sistemas de estereotipos ante el padecimiento.

La diabetes fue atribuida, principalmente, a la herencia, la mala alimentación y factores emocionales como sustos y corajes, considerándose un padecimiento muy severo, ya que puede llevar a la muerte. La representación causal de tipo popular (susto-coraje) se acompañó de representaciones derivadas del modelo médico, lo cual indica el carácter sincrético de las representaciones en la muestra estudiada. Las opiniones sobre la facilidad para controlar la DM se dividieron, siendo la creencia de que la diabetes es una enfermedad difícil de controlar, mostrando una tendencia fatalista hacia la evolución de la enfermedad.

Aparecida (2008) publica un artículo de índole antro-po-médica, el cual se trata de un estudio de caso mediante la técnica de reporte oral. El sujeto diabético presenta una representación social de su enfermedad, le da un significado al igual que a su tratamiento, por lo que este último depende de sentimientos, corporeidad y aspectos de prioridad para la vida.

Continuando por el camino de la corporeidad, Dias da Silva et al. (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de identificar las representaciones sociales de los pacientes diabéticos en su cuerpo después de la amputación, y analizar la relación de estas representaciones para el cuidado de sí mismos. La muestra consistió en 20 individuos diabéticos que se les haya amputado una parte del cuerpo por lo menos tres meses previos al estudio. La recolección de los datos consistió en tres técnicas, la primera asociación libre de palabras, seguido por la preparación de mapas cognitivos y de observación, producidos durante los dos procesos anteriores. Por último se realizó un análisis de contenido-tema.

Este estudio mostró la representación que los sujetos tienen de su cuerpo tras la pérdida de un miembro dando por significado entes inútiles, porque ya no son productivos como antes. El autocuidado abandonado antes de la cirugía se hizo más presente, esta dependencia generó tristeza, angustia y sufrimiento. El cuerpo amputado produjo una imagen de sí mismo negativa, con rechazo al cuerpo ya que no permite el trabajo. Concluye que el acto de la planificación del autocuidado no debe entenderse sólo teniendo en cuenta la medicalización y que antes de haber sufrido de la amputación no había preocupación por el cuidado de su cuerpo.

Dos Santos et al. (2011) estudiaron las representaciones sociales de personas con diabetes respecto del apoyo familiar percibido en relación al tratamiento, en el cual se refieren a un estudio cualitativo con marco teórico referente a las representaciones sociales y en el que se identificaron tres categorías: el apoyo familiar presente en la vida cotidiana del diabético; la familia no siempre apoya al diabético en sus necesidades; la propia persona diabética toma la responsabilidad de despertar el apoyo familiar. Los participantes destacan al apoyo familiar como factor relevante para el tratamiento, sin embargo reportan que el exceso de control ejercido por familiares restringe su autonomía y despierta sentimientos ambiguos.

De Herrera et al. (2010) realizaron un estudio cualitativo interpretativo donde se aplicaron entrevistas a profundidad y se concluyó con una red de asociaciones, en las cuales destaca: 1) la representación social del médico, la cual se centra en su capacidad de dar, tanto a nivel profesional (eficiencia y eficacia) como a nivel humano (confianza, respeto, etc.). Los médicos esperan brindar sus mejores cualidades (profesionalismo y humanidad), pero reconocen en el paciente peligros que impiden brindar un servicio satisfactorio.

Es decir, debido a las construcciones sociales que maneja el paciente, las expectativas irreales (en cuanto a la capacidad y obligación del médico y a las expectativas con respecto a su propia recuperación. 2) La representación social de los pacientes respecto a la relación médico paciente, se centra en la capacidad del médico para brindar un servicio preciso y óptimo (profesionalismo), sin olvidarse que está tratando con un ser humano que sufre, es vulnerable y busca ayuda. Sin embargo, existe un alto nivel de incomprensión por parte de los actores con respecto a su contraparte en la relación (llámese médico o paciente). Por lo cual, existe la tendencia a desligarse de la mayoría de las responsabilidades y obligaciones necesarias para mantener la relación equilibrada.

Torres, Saldoval y Pando (2005) estudiaron las representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Podríamos decir que este es uno de los estudios pioneros en el campo de la psicología aplicada a la salud en México, el cual mediante el enfoque hermenéutico-dialéctico logró descubrir en la diabetes mellitus toda una expresión de sensaciones corporales, dolores, imágenes y significados propios, que considera la percepción de un medio físico contaminado y antinatural, de un contexto social con limitaciones económicas, problemas afectivos, familiares y de relación con la pareja.

Para las personas entrevistadas, la diabetes mellitus es un medio de expresión, un vehículo y un catalizador de un medio adverso, que permite organizar acontecimientos, internos y externos, percibidos como negativos. Así, la representación social de las personas con diabetes mellitus no tiene una concordancia directa con los conceptos de la historia natural de la enfermedad, ni curso de la enfermedad, que son manejados desde la perspectiva biomédica; ya que éstos no consideran algunos de los procesos mencionados por las personas, tales como los aspectos emocionales, sociales y el cambio de vida.

Gaytán (2006) estudió el significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. El objetivo de este estudio fue definir el modelo explicativo que dos grupos de diabéticos comparten y elaboran a lo largo de su experiencia, sobre las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, así como la existencia de un consenso cultural compartido. Este estudio señala como punto de interés que, al visualizar y comprender los consensos culturales de los pacientes, el trabajador de la salud puede darse cuenta de que los modelos explicativos de los pacientes son complejos y dinámicos, y que trascienden la valoración tradicional de control, en base a los niveles de glucosa en sangre. Por ende, lanza una apuesta hacia el reforzamiento de la identidad del diabético, colaborando con el paciente para que este desarrolle una mayor capacidad de agencia individual, que lo libere de las cargas y los estigmas que pesan sobre su padecimiento, en la búsqueda de una vida más benéfica y placentera.

Siqueira, Franco, Santos y Zanetti (2008) estudiaron las representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo, con ocho mujeres de una unidad básica de salud en Brasil, y a quienes se les realizó una entrevista la cual contenía ejes temáticos como diabetes, alimentación y proceso salud-enfermedad.

Las entrevistadas vivenciaron efectos negativos frente a las prohibiciones, limitaciones y posibles complicaciones dictadas por la diabetes. Por no soportar vivir todo el tiempo con tantas restricciones cargadas de sentimientos negativos, usaban el mecanismo psíquico de la negación como una válvula de escape, buscando un alivio para sus ansiedades. Con relación a la alimentación, esta se relaciona a la capacidad de desempeño en el trabajo; así, se cree que el cuerpo necesita ingerir grandes cantidades de alimentos para conseguir mantener el rendimiento adecuado en la actividad, por lo que tienden a atribuir sensaciones de *estar satisfecho* a una comida rica en gorduras y con alto tenor calórico.

En cuanto al proceso salud-enfermedad, la mayoría de las entrevistadas ejercía actividades no remuneradas, en la propia casa, cumpliendo una rutina de trabajo exhaustiva, que se reproduce de domingo en domingo, sin interrupción. En ese sentido, existe una representación compartida por las mujeres que tienen diabetes: “la mujer no puede enfermarse” pues frecuentemente desempeña un papel de soporte de la familia, asignándose con una sobrecarga de trabajos domésticos para proporcionar el bienestar de los familiares, muchas veces, en detrimento de su propio bienestar.

Este estudio mostró que la diabetes está relacionada con sentimientos negativos, tales como choque, rabia y tristeza; el plano alimentario, como una paradoja, aparece vinculado a la pérdida del placer y a que perjudica la salud. De forma análoga, las mujeres diabéticas mostraron una relación ambivalente con el uso de la medicación, que es percibido como productor de cansancio y, al mismo tiempo, como un recurso que promueve bienestar y mejoría de la calidad de vida. La representación negativa de los servicios de la salud parece interferir en el comportamiento de adhesión al tratamiento medicamentoso.



Sedó (2010), investigó sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares en un área de Costa Rica. Se realizó un estudio de tipo cualitativo de tipo fenomenológico. Se realizaron entrevistas a profundidad a 50 pacientes diabéticos en un período de 3 años (50% hombres y 50% mujeres). 90% se encontraba en matrimonio o en unión libre, 65% tenía estudios primarios incompletos y 75% de las mujeres participaba en actividades recreativas en comparación a los hombres quienes mostraron mucha menor participación y socialización más allá del ámbito familiar. Se entrevistó además a 12 familiares, la mayoría eran familiares de varones diabéticos (67%), nueve eran mujeres (75%) y tres (25%) también padecían diabetes.

Del análisis de los discursos se pudo concluir que las percepciones predominantes eran las negativas sobre la diabetes mellitus, evidenciando una centralización del concepto de la enfermedad en la dimensión corporal como irritabilidad, sueño, cansancio crónico o aislamiento social. Además, se identificaron situaciones familiares que poco contribuyen a mejorar la situación, como la falta de información, las visiones negativas compartidas respecto a la enfermedad y el control.

El diagnóstico es descrito como una crisis que trajo a las personas sensaciones de dependencia, cambios negativos en su vida cotidiana, sentimientos de odio, resignación, desesperanza de curación y muerte, sin diferencias según género ni años de diagnóstico. Lo anterior se une a una visión estereotipada de la vejez, lo que genera sentimientos diversos en las personas adultas diabéticas y su familia, dado que no saben cómo actuar o no detectan con prontitud los problemas. Concluye argumentando la necesidad de establecer programas educativos y atención integral que contrarresten las visiones estereotipadas y negativas a fin de propiciar cambios en la forma de enfrentar los problemas de salud crónicos en los planos individual, familiar, comunitario e institucional en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Conclusiones

El agotamiento de los grandes sistemas ideológicos se vincula con la incapacidad de los grandes paradigmas teóricos de dar cuenta satisfactoriamente de los diversos niveles de la realidad. Ello ha impulsado una creciente tendencia a buscar en la acción social (prácticas, estrategias, transacciones, etc.) las explicaciones de los fenómenos de salud-enfermedad, más que en las macro-estructuras sociales (Menéndez, 1992). Sin embargo, a menos de que se logre vincular este nivel de análisis con las grandes determinaciones sociales, correremos el riesgo de no trascender el nivel del psicologismo en la explicación de los problemas de nuestro interés.

El acercamiento al fenómeno o hecho social relacionado con el apoyo familiar al paciente diabético a partir de la herramienta teórico-conceptual, de la RS es develar las fibras reales que se gestan dentro de la atmósfera de una familia con paciente diabético, este entendimiento a partir de la reconstrucción del apoyo familiar nos ofrece: a) conocer las necesidades reales y específicas del apoyo por parte de la familia y del paciente; b) analizar y comparar el discurso ofrecido respecto al apoyo familiar por parte de la familia y el paciente con el objeto de tener un anclaje



comparativo de la necesidad real del paciente hacia la familia y viceversa, en la búsqueda de un entendimiento en común; c) la herramienta de la teoría de las RS nos permite tener un acercamiento al apoyo desde la perspectiva de género, d) develar las conductas positivas y negativas en relación a la salud- enfermedad de manera individual y familiar.

Aunado a lo anterior, la desesperanza de curación hace que los diabéticos se paralicen al no tener los conocimientos y las herramientas necesarias para promover cambios en su estilo de vida y el autocuidado.

Es necesario el establecimiento de programas de formación y de capacitación del personal de salud con el fin de superar la visión estereotipada sobre la enfermedad y la diabetes. Se requiere una mayor sensibilización para este abordaje basado en un enfoque de derechos, el cual parta de principios de inclusión, participación, respeto y educación al paciente diabético y a su familia.

Además es necesario profundizar en la situación social y familiar en que viven los diabéticos, por cuanto la atención del problema de salud no debería estar limitada al plano bio-médico. La realidad vivida por las personas diabéticas muestra una compleja realidad de elementos individuales y familiares que inciden en las concepciones sobre la enfermedad y su control, que incluyen la forma en cómo son atendidos en los servicios de salud.

La DM se mira y se vive como un obstáculo para el alcance de los deseos y los proyectos de vida, ocasionando insatisfacción de las propias necesidades, desde las más elementales en el nivel biológico, hasta las más complejas en los aspectos afectivo y de realización personal. Esta visión negativa particular sobre la DM impacta en el bienestar individual y de la familia, así como de la colectividad, esto demanda la definición de políticas y de programas educativos, en atención integral que redunden en beneficios para dicha población; dado que esta forma negativa de mirar y vivir la DM, sus síntomas y su control, son producto de la falta de información específica para cada paciente y su familia, ocasionando la adopción de conductas pobres del autocuidado condicionando descontrol de la enfermedad.

Lo anterior demanda un trabajo con enfoque holístico y no sólo bajo un paradigma bio-médico. Las situaciones que viven mujeres y hombres con diabetes, sus preocupaciones y su autocuidado son diferentes, esas diferencias son importantes, y relevantes puesto que cada ente es individual, cada cuerpo es único y dentro de esta cosmovisión cada quien vive su proceso de aceptación o rechazo a la enfermedad crónica, hasta el momento las políticas en salud, homogenizan los controles biomédicos de los que padecen la enfermedad, arrebatando la individualidad de cada persona y así como del colectivo familiar, formando colectivos fantasmales que padecen.

Sin lugar a dudas, los esfuerzos colectivos deben encaminarse a propiciar mejores condiciones de vida que redunden en bienestar para una población que cada vez vive más años. No obstante, esa prolongación en los años de vida debe estar acompañada de condiciones sociales, sanitarias, económicas y culturales que permitan el disfrute de una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. Abric, J. (1993). Central system, peripheral system: Their function and roles in the dynamic of social representations. *Papers on Social Representations*, 2, 75-78.
2. Abric, J. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: C. Guimelli (Ed.) *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 73-84.
3. Acosta M. (2006). La psicología de las minorías activas revisitada: entrevista con Serge Moscovici. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 2(1), 141-177.
4. Álvarez, J. (2004). El contexto social y teórico del surgimiento de la teoría de las representaciones sociales. En Eulogio Romero (ed.), *Representaciones sociales. Atisbos y cavilaciones del devenir de cuatro décadas*. México: Benemérita Universidad de Puebla, 29-53.
5. Aparecida, R. (2008). Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 12(26), 563-577.
6. Araya S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO.
7. Arredondo, A., Márquez, E., Moreno, F., Bazán, M. (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(3), 43-48.
8. Arredondo, A. (2013). Diabetes: A global challenge with high economic burden for public health systems and society. *American Journal of Public Health*, 103(2), e1-e2.
9. Barsaglini, R. (2008). Socio-anthropological analysis of living with diabetes: A case study. *Interface*, 12(26), 563-577.
10. Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-23.
11. Caplan, H. (1974). *Systems and community mental Health*. New York: Behavioral Publications.
12. Cassel, J. & Cobb, J. (1974). Psychosocial processes and stress. Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 6, 471-482.
13. De la Revilla, L. & Espinosa, J. M. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria*, 31(9), 587- 591.
14. Dias da Silva, S., Itayra, M., Leal, I., Vilela, e. & Silva dos Santos, L. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira du Enfermería*, 63(3), 404-409.
15. Dirección de Prestaciones Médicas (2011). *Reporte de actividades prestadas por el IMSS, periodo 2011*. Consultado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/C12.pdf>
16. Domínguez, M., Arruda, F., Montiel, M., Ochoa, M., Álvarez, G., Valdéz, L. & Ibarra E. (2009). Necesidades de apoyo social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicología Social*, 21(2), 242-249.



-
17. Dos Santos, M., Cancelli, M., Pinheiro, A., Aparecido, V., Rezende, C., de Souza, C. & Zanetti, L. (2011). Representaciones sociales de personas con diabetes respecto del apoyo familiar percibido en relación al tratamiento. *Revista de la Escuela de Enfermería USP*, 45(3), 649-656.
 18. Fernández, O. M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 47, 251-254.
 19. Fisher, L. & Weihs, K. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on family-based interventions, *Chronic Disease. Journal of Family Practice*, 49(6), 561-566.
 20. Frenk, J. (2008). Para entender: el sistema de salud de México. México: Nostra Ediciones.
 21. Gamiochipi, M., Haua, K., Valdez, L., Vázquez, E., Salinas, M., Wachter, R. et. al. (2009). *Programa de educación en diabetes*. México: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.
 22. García, G. & Díaz, R. (2005). Diabetes mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 13(7), 207-210.
 23. Gil, L., Sil, M., Aguilar, L., Echevarría, S., Michaus, F. & Torres, L. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 58-67.
 24. Gil, L., Sil, M., Domínguez, E. & Torres, P. (2012). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Consultado el 2 de enero de 2013, en: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/000GER_DiabetesMellitus.pdf.
 25. Gobierno de la República (2013). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10-07-2013*. Tomada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
 26. Gomes, L. C., Foss, M., Foss, M. C. & Pace, A. E. (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 20(1):3-8.
 27. González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Waxapa*, 3(2), 102-107.
 28. Hernández-Valencia, M. (2006). Repercusión de las alteraciones en los mecanismos de señalización del receptor de insulina. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(4), 383-388. Consultado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1153:repercusion-de-las-alteracionesen-los-mecanismos-de-senalizacion-del-receptor-deinsulina&catid=427:informacion-general&Itemid=634.
 29. Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010*. México: IMSS.
 30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Datos nacionales*. Consultado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en: www.inegi.org.mx/.../estadisticas/2010/diabetes0.doc

-
31. Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Evidencia para la política pública en salud*. Consultado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
 32. International Diabetes Federation (2013). *La carga mundial*. Consultado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language>
 33. Jiménez, A., Rojas, R., Villalpando, S., Barquera, S. & Aguilar C. (2013). Diabetes mellitus: la urgente necesidad de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Trabajo presentado en el *Seminario Académico ENSANUT 2012: análisis de la evidencia para las políticas públicas en salud*, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Consultado el 26 de septiembre de 2013 en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0302.pdf>
 34. Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Ed.) *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. 4ª. ed. España: Paidós, pp 469-506.
 35. King, H., Aubert, R. & Herman, W. (1998). Global burden for diabetes 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*; 21, 1414-1431.
 36. Knapp, E., Suárez, M. & Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 23-34.
 37. La Greca, A. & Bearman, K. (2002). The diabetes social support questionnaire-family versión: Evaluating adolescent's diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 665-676.
 38. León-Mazón, M. A., Araujo-Mendoza, G. J & Linos-Vázquez, Z. Z. (2012). DiabetIMSS. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 74-79.
 39. Levin, G., Mota, V., Rivas, L. & Rojas, J. (2012). Síndrome metabólico y apoyo social en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *An Med (Mex)*. 57 (3):185-190.
 40. Méndez, D., Méndez, B., Tapia, J., Muñoz, T. & Aguilar, A. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11.
 41. Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 3-18.
 42. Molina, C., Bahsas, F. & Hernández, M. (2009). Funcionalidad Familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. *MedULA*, 18, 8-11.
 43. Moñivas, A. (1994). Epistemología y representaciones sociales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 409-419.
 44. Moreno, L. (2001) Epidemiología y diabetes. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 44(1), 35-37.
 45. Moscovici, S. & Hewstone, M. (1988). De la ciencia al sentido común. En: *Psicología Social I y II*. Barcelona: Paidós.
 46. Moscovici, S. (1963). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, b14, 231-260.
 47. Moscovici, S. (1994). *Psicología Social tomo 1 y 2*. 3ed. España: Paidós, pp. 37-49.



-
48. Organización Mundial de la Salud (2012). Nota descriptiva #312. Consultado el 2 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
 49. Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.
 50. Pérez, E., Bautista, S. & Bazaldúa, A. (2005). Representación cognitiva de la diabetes mellitus en adultos no diagnosticados. *PsicoPediaHoy* 7(1). Consultado el 2 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/representacion-cognitiva-diabetes/>
 51. Piñeiro, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa*, 7, 1-19.
 52. Procuraduría Federal del Consumidor (2007). Brújula de compra de Profeco. Consultado el 2 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.profeco.gob.mx>.
 53. Rech, J. & Vizeu, B. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 379-390.
 54. Rodríguez, M. & Guerrero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*, 39, 44-47.
 55. Rull, J., Aguilar, C., Rojas, R., Ríos, J., Gómez, F. & Olaiz, G. (2005). Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. *Archives of Medical Research*, 36, 188-196.
 56. Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Brasil: Vozes.
 57. Salcedo, A., García, J. & Sevilla, E. 2008. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 256-264.
 58. Sarason, I. G., Levine, H. M & Basham, R. B. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *The Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-39.
 59. Sedó, P. (2010). Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. *Anales en Gerontología*, 6, 99-112.
 60. Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Society Scientific Medical*, 32(6), 705-714.
 61. Siqueira, P., Franco, L. J., Santos, M. A. & Zanetti, M. L. (2008). Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 389-395.
 62. Torres, T., Sandoval, M. & Pando, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
 63. Valadez, I., Centeno, G. & Cabrera, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud*, 5(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250305>.
 64. Valenciaga, J., González de la Vega, F., Pons, P. & Sánchez, O. (1995). Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2), 144-149.
 65. Wagner, W. & Palacios, F. (2010). Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales. *Educación Matemática*; 22(2), 139-162.
-

Diabetes y educación

ISBN: 978-607-96612-3-6



9 786079 661236