



ENFERMEDAD y FAMILIA vol. 1

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
JOSÉ MANUEL BEZANILLA SANCHES
Coordinadores





ENFERMEDAD Y FAMILIA

Volumen 1

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
JOSÉ MANUEL BEZANILLA SANCHES
Coordinadores

ENFERMEDAD Y FAMILIA, Volumen 1

Primera Edición, mayo 2014

D. R.

Universidad Autónoma del Estado de México

Instituto Literario 100 ote.

C. P. 50000, Toluca, Estado de México, México

<http://www.auaemex.mx>

Elaborado en México

ISBN: 978-607-422-518-1

Portada: Faustino Mixcoatl Hernández

Edición y diseño: Jorge Armando Balderas Escobar

Licencia de creative commons:



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>>
ENFERMEDAD Y FAMILIA VOL. 1 by JOSÉ ANTONIO VIRSEDA HERAS Y JOSÉ MANUEL BEZANILLA is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

El contenido de esta obra es responsabilidad de los autores de cada capítulo

COMITÉ CIENTÍFICO

Los trabajos incluidos en este volumen, fueron dictaminados de manera anónima mediante el método de doble ciego por las siguientes personas:

Alicia Berbeglia, Karmina Elena Rojas Carrasco, Damaris Estrella Castillo, Ana Celia Chapa Romero, Alejandra Susana León Reyes, Carlos Geovanni Varela Vega, María Rosario Espinosa Salcido, Isaura Régulo, Karen Santana, Paola Blancas Escalona, Martha Adelina Torres Muñoz, José Luis Valdez Medina, Marisol Morales Rodríguez, Carmen Navarrete C., Nelson Zicavo M, David Jiménez Rodríguez, Rebeca Guzman Saldaña, Melissa García Meraz, María Alejandra Salguero Velázquez, Gustavo Ibarra Hurtado, Norma Delia Durán Amavizca, María Montero-López Lena, María Luisa Rascón Gasca, Arturo Del Castillo Arreola, Alicia Berbeglia, Martha Patricia Bonilla Muñoz, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, Amparo Miranda.

La corrección de estilo estuvo a cargo del lic. Francisco Macías Arriaga

Agradecimientos

Los coordinadores de libro agradecen el apoyo del Mtro. Javier Margarito Serrano García a la edición de este volumen.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en D. Jorge Olvera García
Rector

M. en E. Javier González Martínez
Secretaría de Administración

Dr. en ED. Alfredo Barrera Baca
Secretaría de Docencia

Dr. en Ing. Roberto Franco Plata
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

Dra. en L. Ángeles María del Rosario Pérez Bernal
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados

Dr. en C. POL. Manuel Hernández Luna
Secretario de Rectoría

M. en D. José Benjamín Bernal Suárez
Secretaría de Rectoría

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien
Abogado General

M. en E.P.D. Ivett Tinoco García
Secretaría de Difusión Cultural

Lic. Juan Portilla Estrada
Dirección de Comunicación Universitaria

M. C. I. Ricardo Joya Cepeda
Secretaría de Extensión y Vinculación

Lic. Jorge Bernáldez García
Secretaría Técnica del Gabinete

M. en A. ED. Yolanda Ballesteros Senties
Secretaría de Cooperación Internacional

Lic. en D. Yoab Osiris Ramírez Prado
Secretaría Particular

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

M. en P.E.E.S. Javier Margarito Serrano García
Director

M. en C.S. Juan Carlos Fabela Arriaga
Subdirector Académico

M. en Psic. María Teresa García Rodea
Subdirectora Administrativa

Dra. en I. Psic. Adelaida Rojas García
Coordinadora de la Unidad de
Planeación y Evaluación

Dra. en C.S. Leonor Guadalupe Delgadillo Guzmán
Coordinadora de Investigación

M. en E.S. Lauro Santiago Velázquez Ovando
Coordinador de Vinculación y Extensión

Lic. en Psic. Alejandro Gutiérrez Cedeño
Coordinador de la Licenciatura en Psicología

Lic. en G. Artemio Sánchez Cabrera
Coordinador de la Licenciatura en Educación

Dra. en C. S. Erika Robles Estrada
Coordinadora de la Licenciatura en Trabajo Social

Mtra. Ma. De los Ángeles Araujo González
Coordinadora de la licenciatura en
Cultura Física y Deportes

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I CONDICIONES DISRUPTIVAS

- Familias mexicanas ante los procesos de salud enfermedad: lo crónico, los psicosomático y el género / María Rosario Espinosa Salcido
- El estudio de la familia ante la enfermedad mental / María Luisa Rascón Gasca y Marcelo Valencia Collazos
- Familia, trastornos mentales y desarrollo espiritual. Una perspectiva psicosomática / Carlos Geovanni Varela Vega
- Familia e insuficiencia renal crónica terminal / María Montero-López Lena, Armando Rivera-Ledesma, Sandra Zavala Jiménez, Ana Celia Chapa Romero y Jimena Gómez Gutiérrez
- Apoyo familiar en el manejo de la diabetes tipo 2 / Arturo del Castillo Arreola, Gloria Solano Solano, Scarlett Iglesias Hoyos y Rebeca Guzmán Saldaña
- Narrativas de los familiares como cuidadores primarios de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / Ana Celia Chapa Romero, Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis

- 
- La violencia doméstica como estresor y las repercusiones en la salud / Paola Blancas Escalona, Gloria Margarita Gurrola Peña, José Antonio Vírveda Heras, Patricia Balcázar Nava y Julieta Garay López

II FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

- Tipo de familia y su relación con adolescentes consumidores de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí / Gustavo Ibarra Hurtado y Francisco Javier Pedroza Cabrera
- El impacto del rol materno en el desarrollo de factores protectores personales de hijos adolescentes / Marisol Morales Rodríguez y Damaris Díaz Barajas
- La dinámica familiar y el espacio como factor de riesgo en el desarrollo de una enfermedad / Isaura Régulo y Karen Santana
- La personalidad en caos o entrópica y su impacto en la presencia de los síntomas somáticos / Martha Adelina Torres Muñoz, José Luis Valdez Medina, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Jorge Alvarado Orozco y Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes
- El afecto, factor importante para el funcionamiento familiar en los usuarios del Centro Universitario de Estudios para la Familia / Alejandra Susana León Reyes y Alejandra Nava Ernult

APOYO FAMILIAR EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2

*Arturo Del Castillo Arreola, Gloria Solano Solano,
Scarlett Iglesias Hoyos y Rebeca Guzmán Saldaña*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas como la diabetes constituyen un problema que persisten en el tiempo; exige la atención del sistema de salud por las incapacidades irreversibles derivadas de complicaciones, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol, automanejo o empoderamiento por un largo periodo, requiriendo para ello del apoyo social constituido por la familia, los amigos, compañeros de trabajo, organizaciones y miembros de la comunidad en general.

Actualmente existe un aumento significativo en la prevalencia de la diabetes que provoca serias consecuencias económicas y sociales, se requiere de recursos humanos capacitados o entrenados para enfrentar este problema de salud pública, ya que es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en México, debido a la transición demográfica y a los cambios en los estilos de vida de la población, es producto de la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los cuales el estilo de vida tiene un rol fundamental e incluye factores de riesgo como la alimentación poco saludable, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y consumo de

Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.





alcohol. Las modificaciones de estos factores de riesgo pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes o modificar su historia natural, mejorando de esta forma la calidad de vida del paciente y reduciendo los costos de esta enfermedad para el sistema de salud.

En particular, la prevención de la diabetes y sus complicaciones, constituyen prioridades para la salud pública mundial. En este enfoque la prevención debe ser realizada en los diferentes niveles de atención de salud, mediante la identificación de individuos en riesgo - prevención primaria, identificación de casos no diagnosticados - prevención secundaria, así como a través del tratamiento en individuos ya afectados por la enfermedad, con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y crónicas.

En el presente capítulo se abordan aspectos generales de la epidemiología de la diabetes, se mencionan brevemente las complicaciones, el tratamiento y en forma muy específica el automanejo, desde las diferentes perspectivas teóricas dentro de la psicología de las cuales, el enfoque ecológico o biopsicosocial ha sido el más exitoso para explicar la conducta de tratamiento de la persona con esta enfermedad. Este modelo integra tanto variables individuales, entre las que se encuentran las emociones, los pensamientos y las conductas de los pacientes, así como variables relacionadas con el ambiente social incluyendo familia, amigos, ambientes laborales, organizaciones y cultura, así como el ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos, existe evidencia científica que sugiere que el automanejo mejorará cuando los familiares están dispuestos a llevar a cabo cambios en sus conductas para apoyar al paciente. Así mismo la educación en el automanejo de la enfermedad es relevante para el tratamiento de los pacientes, por lo que evaluar y modificar los factores psicosociales asociados al mismo son una prioridad para el equipo de salud.



Diabetes

Los cambios en cuanto a los perfiles epidemiológicos de México y el mundo, han dado como resultado la disminución estadística en los males infecciosos, pero al mismo tiempo han traído consigo el aumento en los números de casos en los padecimientos crónico-degenerativos, los cuales han marcado la pauta en cuanto a la epidemiología de los países de occidente principalmente. (Secretaría de Salud [SSA], 2010).

Dentro de la categoría de condiciones no transmisibles se encuentra la diabetes mellitus, padecimiento que se ha convertido en un problema de salud mundial, pues, de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes [FID] (2011), su prevalencia se ha incrementado de manera alarmante en los últimos 20 años. Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 366 millones de personas con diabetes y se estima que esta cifra aumente a 552 millones para el año 2030.

Sin duda la diabetes constituye un grave problema de salud pública, pues de acuerdo con la FID (2011), México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial entre los países con un mayor número de pacientes con diabetes, con alrededor de 10 millones de personas; no obstante, se estima que esta cifra podría alcanzar los 16.4 millones, de los cuales, alrededor de dos millones de personas no han sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2011).

Por definición, la diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción y/o acción de la insulina, (American Diabetes Association, [ADA], 2012). Los factores de riesgo asociados con su aparición incluyen: a) sedentarismo, sobrepeso y obesidad, b) antecedentes familiares; c) productos macrosómicos, d) dislipidemia, e) historia



familiar de enfermedades cardiovasculares, e) hipertensión arterial, f) mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o poliquistosis ovárica, g) alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) o alteración de la glucosa en ayuno (AGA) (FID, 2011). Distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células del páncreas, con la consiguiente deficiencia de secreción de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la deficiencia en la acción de la insulina (ADA, 2012). Debido a los cambios fisiológicos derivados de la hiperglucemia sobrevienen los síntomas comunes de la diabetes: polifagia, polidipsia, poliuria, prurito, astenia, cansancio, pérdida de peso y visión borrosa (FID, 2011).

Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y autonómica, mayor incidencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, vascular periférica y cerebrovascular. También es frecuente que exista conjuntamente hipertensión, trastornos en el metabolismo de las lipoproteínas y enfermedades periodontales (OMS, 2011). Derivado de estas complicaciones, la diabetes es la causa principal de ceguera y deficiencias visuales, de amputación no resultante de un accidente y de insuficiencia renal en México (FMD, 2011) y en el mundo (FID, 2011).

La diabetes constituye una de las causas de muerte más importantes con una mortalidad global anual que podría alcanzar los 3.4 millones de muertes, equivalente al 6% de todas las muertes en el planeta (FID, 2011). El 80% de las muertes por diabetes ocurren en países con ingresos medios y bajos, y se espera que el número de muertes por este padecimiento se duplique en el 2030 (OMS, 2011).

De los distintos tipos de diabetes que existen, del 90 al 95% de los pacientes padecen diabetes tipo 2, caracterizada por resistencia a la insulina y habitualmente



una deficiencia relativa (no absoluta) de insulina (ADA, 2012). La población con diabetes tipo 2 se encuentra principalmente entre los 40 y 59 años, sin embargo, existe un rápido crecimiento de la prevalencia en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad (ADA, 2012). La mayoría de estos pacientes son obesos y permanecen sin diagnosticarse por muchos años. La diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficientemente grave como para ocasionar síntomas identificables.

De acuerdo con la ADA (2012), la meta inicial en el tratamiento de un adulto con diabetes es lograr niveles de glucemia preprandial (90-130 mg/dl), nivel máximo de glucosa postprandial (<180 mg/dl), colesterol total (<200 mg/dl), LDL (<100 mg/dl), HDL (>40 mg/dl), triglicéridos (<150 mg/dl), presión arterial (<130/80), peso corporal (IMC<25).

Para lograr estas metas se sugiere que el paciente con diabetes lleve a cabo modificaciones en su conducta como: 1) seguir un plan alimenticio personalizado y cuidar su peso corporal, 2) auto monitorear sus niveles de glucosa en sangre y/o en orina, 3) llevar a cabo actividades físicas continuamente, 4) atender a las indicaciones farmacológicas correspondientes, y 5) realizar visitas a diferentes especialistas de la salud (ADA, 2012). Este tratamiento es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar (Sánchez-Sosa, 2002). De ahí que los factores psicosociales sean relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad.



Automanejo y diabetes

El estudio de los factores psicosociales asociados al manejo de la diabetes se ha llevado a cabo de la mano con la evolución del concepto de automanejo y su explicación desde las diferentes perspectivas teóricas dentro de la psicología (Del Castillo, 2010).

El concepto de automanejo tuvo como antecedentes términos como el cumplimiento del tratamiento (en inglés compliance) propuesto por Haynes, Taylor y Sackett (1979); y la adherencia o alianza terapéutica (Dunbar-Jacob et al., 2000), los cuales han tenido múltiples críticas. Entre los argumentos en contra más frecuentes se encuentran en considerar que el paciente debe ser un fiel seguidor de las metas y recomendaciones que plantea el profesional de la salud sin involucrarse activamente en la toma de decisiones dentro del curso de su tratamiento, y no considerar aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente (Anderson & Funnell, 2000).

A partir de estas críticas han surgido nuevos conceptos que rescatan los componentes de autonomía y responsabilidad del paciente hacia su tratamiento, y que anexan la visión de un paciente que toma decisiones de manera activa y continua ante la diversidad de opciones sin considerar que existe una sola opción correcta (Glasgow, Toobert & Gillette, 2001).

Siguiendo esa misma línea, Anderson y Funnell (2000), plantean el concepto de empoderamiento, desde el cual el paciente es responsable del manejo cotidiano de su diabetes y para que este plan de tratamiento sea exitoso, debe ajustarse a las metas, prioridades, estilo de vida y tipo de diabetes que cada paciente presenta (Anderson & Funnell, 2000). Desde este enfoque aunque el profesional



de la salud es experto en el manejo de la diabetes, el paciente es experto en su propia vida. El conocer los detalles de una enfermedad no es lo mismo que conocer la vida de una persona, de ahí que se proponga que el paciente sea el responsable de su cuidado diario.

Otra propuesta surgió de la investigación empírica de autores como Johnson y colaboradores (Johnson, 1992) y Glasgow (Glasgow et al., 2001), quienes propusieron de manera independiente la utilización de términos como “auto-cuidado” y “auto-manejo” para describir el grupo de conductas que día a día llevan a cabo los pacientes para manejar su diabetes.

La educación en el automanejo de la enfermedad es considerada el punto clave en el tratamiento del pacientes con diabetes (American Association of Diabetes Educators, 2007), de ahí que la evaluación y modificación de los factores psicosociales asociados al mismo sea una prioridad de los psicólogos de la salud. El estudio de los factores psicosociales involucrados en el desarrollo y manejo de la diabetes se ha generado desde distintas perspectivas teóricas, de las cuales, el enfoque ecológico o biopsicosocial ha sido el más exitoso para explicar la conducta de tratamiento de la persona con esta enfermedad (Del Castillo, 2010). Este modelo integra tanto variables individuales, entre las que se encuentran las emociones, los pensamientos y las conductas de los pacientes, (Sánchez-Sosa, 2002), así como variables relacionadas con el ambiente social incluyendo familia, amigos, ambientes laborales, organizaciones y cultura, así como el ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos (Stokols, 1996).

Dentro de los factores sociales que intervienen en el automanejo y los resultados de pacientes con diabetes se encuentra el apoyo social que pares y familiares brindan al paciente para el adecuado manejo del padecimiento, elemento que influye de



manera decisiva en el curso de acción que eligen los pacientes con diabetes para lograr las metas que se plantean a lo largo de su tratamiento y que, además, constituye el eje central de estudio en el presente trabajo (Del Castillo & Reyes Lagunes, 2010).

Apoyo social familiar y diabetes

Un primer paso para comprender el impacto de los factores psicosociales en el automanejo adecuado de la diabetes, implica el reconocer que la conducta de los individuos se encuentra funcionando en un amplio contexto social. Dentro de las barreras para poder llevar a cabo un adecuado automanejo que con mayor frecuencia reportan los pacientes con diabetes, se encuentran las relacionadas con el ambiente familiar, y dentro de ellas, el apoyo social es una de las más importantes (Fisher et al., 1998).

El apoyo social es un concepto multidimensional cuya definición y operacionalización no muestra un consenso entre los teóricos que la han estudiado (Castro, Campero & Hernández, 1997). Con el fin de incluir todas sus dimensiones, se ha definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas.

Dentro de las distintas dimensiones del apoyo social que se han abordado se encuentran: 1) el apoyo social provisto también llamado conductas de apoyo (Vaux, 1990) que incluyen las acciones específicas que la red social realiza para proveer asistencia a un individuo determinado; 2) el tipo de apoyo que proporcionan estas redes, que se clasifica en instrumental, informativo y emocional (House & Kahn, 1985); 3) la percepción del apoyo social, es decir, la evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles (Vaux, 1990); 4) la red social, que se refiere al conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo, incluye a la pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo,



organizaciones y miembros de la comunidad en general (Vaux, 1990); 5) el grado de integración o aislamiento a la red que se refiere al nivel de participación en un amplio rango de relaciones sociales (Brissette, Cohen & Seeman, 2000; Cohen, 2004); 6) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social (Cohen, 2004).

Diversas investigaciones han mostrado un marcado interés en el impacto de las relaciones sociales en la salud física del ser humano (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Entre las variables que se han identificado como predictoras de bienestar y salud se encuentran: la estructura de las redes sociales (Brissette, Cohen & Seeman, 2000); el apoyo que se recibe de otros (Cohen et al., 2000); la percepción del apoyo (Kawachi & Berkman, 2001); la cantidad y calidad de las interacciones sociales (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Cohen, 2004) y los sentimientos de soledad y aislamiento (Cacioppo et al., 2002). Cada una de estas variables influye en la salud mediante mecanismos independientes (Cohen, 2004; Cohen et al., 2000). Conociendo las dimensiones y los procesos mediante los cuales estas variables impactan en la salud será posible diseñar e implementar intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar el bienestar de los pacientes.

De acuerdo con Cohen (2004) se han identificado dos mecanismos por medio de los cuales los factores sociales promueven la salud, ambos centrados en el estrés: el modelo protector o amortiguador del estrés y el modelo del efecto directo.

El modelo amortiguador señala que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés y modificando sus respuestas biológicas (neuroendocrina e inmunológica) asociadas al mismo (Cassel, 1976). Este modelo predice que el apoyo social es benéfico para aquellos que viven eventos altamente estresantes,



pero no tendrá el mismo impacto en la salud de aquellos que no se enfrentan a estas situaciones (Cohen, 2004).

De los componentes del apoyo social, es la percepción de este apoyo el factor que ha mostrado ser el modulador de estrés más efectivo, y el que más se asocia con resultados de salud tanto física como mental (Kawachi & Berkman, 2001). La creencia de que otras personas proporcionarían los recursos necesarios para enfrentar una situación podría modificar la habilidad percibida para enfrentar las demandas del medio, cambiando así la evaluación de la situación y disminuyendo su poder estresante. La percepción de apoyo también podría disminuir las respuestas emocionales y fisiológicas al evento o modificar las respuestas conductuales desadaptativas al mismo (Wills & Cleary, 1996). Más allá de la percepción, el recibir apoyo juega un papel importante como regulador de la experiencia de estrés proporcionando la solución a un problema, reduciendo la importancia percibida del problema, brindando distracción del problema o facilitando conductas promotoras de salud como el ejercicio físico, la higiene personal y la alimentación adecuada. Por otro lado, el modelo del efecto directo postula que la interacción social es benéfica para la salud independientemente de que el individuo se encuentre bajo estrés. Los individuos que participan en redes sociales están sujetos a controles sociales y presión de los miembros lo que influye en la realización de conductas de salud normativas. Las redes sociales pueden influir en el individuo para que este realice ciertas conductas como el hacer ejercicio, tener una alimentación baja en grasas, fumar utilizar drogas (Cohen, 2004). La integración social también puede generar una mayor sensación de responsabilidad por los demás lo que, a su vez, incrementa la motivación para cuidarse a sí mismo y así poder cumplir con esta responsabilidad. La integración social también influirá en el sentido del ser y en el tono emocional. El significado común que un conjunto de personas tiene acerca



de los papeles que cada uno juega dentro del grupo ayuda a guiar la interacción entre ellos proporcionando una serie de expectativas comunes acerca de cómo deben actuar en distintos roles. Cuando se cumplen las expectativas del papel que se tiene en el grupo, los individuos logran un sentido de identidad, predictibilidad, estabilidad, pertenencia, seguridad y valor propio (Cassel, 1976).

La interacción con otros también contribuirá a la regulación emocional, incrementando el afecto positivo y ayudando a la regulación de la intensidad y duración de los estados de ánimo negativos. Los pensamientos y emociones positivas que se derivan de una adecuada interacción social resultaran benéficas para el individuo ya que reducirán el malestar psicológico, aumentaran la motivación del individuo para cuidar de sí mismo, suprimirán la respuesta neuroendocrina y mejoraran el funcionamiento del sistema inmunológico. El contar con una amplia red social también proporciona múltiples fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud del individuo, hacer más eficiente la utilización de servicios de salud o ayudar a evadir o enfrentar situaciones estresantes o de alto riesgo (Cohen, 2004).

Como se ha señalado, hasta ahora, las redes sociales proporcionan apoyo emocional, informativo e instrumental, regulan el comportamiento y ofrecen oportunidades para la integración social. Sin embargo, estas interacciones también abren la puerta a la existencia de conflictos, abuso, transmisión del estrés y sentimientos de pérdida y soledad. Estos aspectos potencialmente negativos de las redes sociales pueden actuar como estresores psicológicos que generaran respuestas cognitivas, emocionales y biológicas que pueden incrementar el riesgo de padecer problemas de salud (Cohen, 2004). En varios estudios se ha encontrado que las interacciones sociales negativas predicen más los problemas de salud y bienestar que las positivas (Shuster, Kessler & Aseltine, 1990).



Dada esta historia de controversias relacionadas con el constructo de apoyo social, es importante conocer las asociaciones entre diferentes aspectos del apoyo social y la salud de los pacientes con diabetes tipo 2. Para algunos autores la diabetes se considera una “enfermedad familiar” ya que los cambios conductuales que demanda la enfermedad exigen un importante apoyo del grupo familiar que auxilien al paciente en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas para el manejo del padecimiento (La Greca & Bearman, 2002). Como toda enfermedad crónica, la diabetes genera constantes eventos estresantes, que con frecuencia ocasionan impacto emocional en el paciente. El apoyo familiar será clave para propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y así el paciente tenga un adecuado automanejo.

Dentro de los distintos factores que explican las conductas de automanejo de los pacientes con diabetes, el papel del apoyo social es el que menos atención ha recibido (Fisher et al., 1998).

La mayor parte de la investigación en este rubro se ha centrado en el apoyo familiar a niños y adolescentes con la enfermedad. De acuerdo con los datos de estos estudios se sabe que los adolescentes cuyas familias tienen una mayor cohesión tendrán un mejor automanejo de la enfermedad (La Greca et al., 1995) y una mejor adaptación psicosocial (Burroughs et al., 1997). También se ha encontrado que los amigos y compañeros son una fuente importante de apoyo emocional para niños y adolescentes (La Greca et al., 1995; Skinner, White, Johnston & Hixenbaugh, 1999). Este apoyo estará relacionado con un adecuado automanejo del plan alimenticio (La Greca et al., 1995), con un mejor control metabólico (La Greca & Bearman, 2002; Skinner et al., 1999) y proporcionará modelos adecuados para una alimentación sana (Sherman et al., 2000; Skinner, John & Hampson, 2000).



Sin embargo, es menor el número de estudios que han tocado el papel del apoyo social en el automanejo del paciente adulto con diabetes tipo 2. Dentro de aquellas investigaciones que han abordado el tema en pacientes con diabetes tipo 2 encontramos que altos niveles de apoyo social, sobre todo aquel que brindan las parejas y los hijos en el manejo de la enfermedad, facilitarán el llevar a cabo conductas de autocuidado (McDonald, Wykle, Misra, Suwonnarop & Burant, 2002); que este apoyo estará asociado con una mejor adherencia al tratamiento (Sherman et al., 2000); con niveles adecuados de indicadores objetivos de control metabólico como la hemoglobina glucosilada y la glucosa sérica (Glasgow et al., 2001), facilitará la adaptación del paciente a la enfermedad (McDonald et al., 2002); y puede modular los efectos negativos del estrés ambiental en el nivel de glucosa en sangre (Griffith, Field & Lustman, 1990).

De acuerdo a la revisión realizada por Del Castillo (2010), se han encontrado resultados similares en pacientes con distintos antecedentes culturales como México-americanos, griegos, inmigrantes Chinos, afro americanos, indígenas norteamericanos y mexicanos.

Aunque sabemos que el apoyo social facilita un adecuado automanejo en pacientes con diabetes tipo 2 aun no se tiene claro cómo es que se da este proceso (Culos-Reed, Rejeski, McAuley, Ockene, & Roter, 2000). Los estudios descritos previamente, han relacionado indistintamente las dimensiones del apoyo social mencionadas en este apartado con aspectos específicos del automanejo de la diabetes.

La mayor parte de los estudios se han enfocado en el papel de distintas dimensiones del apoyo social en la conducta alimenticia del paciente con diabetes tipo 2. En este ámbito, una de las barreras que con mayor frecuencia reportan los pacientes incluye el que las personas a su alrededor coman alimentos o tomen bebidas



con alto contenido de carbohidratos (Wen, Sheperd & Parchman, 2004). Muchos miembros de las familias de pacientes con diabetes no modifican sus hábitos alimenticios, disminuyendo el requisito de respuesta y aumentando la probabilidad de que el paciente tenga acceso a alimentos no adecuados para su tratamiento (Glasgow et al., 2001). En muchas ocasiones para los pacientes es más complicado llevar a cabo adecuadamente el plan alimenticio en presencia de otros que cuando se encuentran solos (Marzilli, 1999).

La evidencia sugiere que el automanejo mejorará cuando los familiares están dispuestos a llevar a cabo cambios en sus conductas para apoyar al paciente. En general será más sencillo para los pacientes seguir su plan alimenticio y existirá un mejor control metabólico cuando los miembros de la familia se involucran en actividades como comprar y cocinar alimentos saludables para el paciente (Epple et al., 2003), cuando las personas a su alrededor siguen un plan similar (Dye, Haley-Zitlin & Willoughby, 2003; Marzilli, 1999) y cuando el familiar guía al paciente respecto a lo apropiado de consumir ciertos alimentos (Miller & Davis, 2005). En general, los hábitos alimenticios saludables de las personas que rodean al paciente han mostrado ser predictores eficaces de un adecuado automanejo del plan alimenticio (Klomegah, 2006).

Aunque se tienen datos importantes con respecto a la influencia del apoyo familiar en la conducta alimenticia de los pacientes, son menos los estudios que se han enfocado en otras áreas del autocuidado como la actividad física, la toma de medicamentos o el llevar a cabo actividades que generen bienestar en el paciente. Así también, existen pocas investigaciones que se hayan enfocado en el efecto diferencial que los distintos tipos de apoyo para llevar un adecuado automanejo (Sherman et al., 2000). Algunos estudios señalan que el apoyo instrumental es un mejor predictor que el apoyo emocional para mantener hábitos alimenticios



saludables (Klomegah, 2006; Marzilli, 1999). Aunque en muchos de estos estudios el apoyo instrumental parecería tener mayor relación con un adecuado automanejo, hay que considerar que las altas correlaciones entre las medidas de apoyo instrumental y emocional que suelen presentarse en estos estudios sugieren que las personas pudieran considerarlo parte de un mismo constructo.

Una de las variables mediadoras del efecto del apoyo social la constituye la autoeficacia. Pacientes con bajos índices de autoeficacia presentan mayores problemas para llevar a cabo el plan alimenticio independientemente que se encuentren solos o acompañados. Para los pacientes con altos índices de autoeficacia será más sencillo mantener hábitos alimenticios saludables a pesar de que las personas a su alrededor no tuvieran hábitos adecuados. Así los pacientes con baja autoeficacia podrían no sentirse capaces de manejar su padecimiento sin la ayuda de otros, requiriendo de las claves conductuales de otros y siendo más afectados por su ambiente social (Marzilli, 1999).

Con respecto a la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos, se sabe que podría existir una asociación bidireccional en la que la ausencia de apoyo social contribuiría a que existan síntomas depresivos, así como la presencia de depresión contribuiría a alejarse de los recursos de ayuda propios del apoyo social (Sacco & Yanover, 2006).

El sexo también podría tener efectos diferenciales en los beneficios que ofrece el apoyo social, sin embargo, los resultados de diferentes investigaciones muestran resultados contrastantes. En algunos casos, los resultados muestran que las mujeres que reciben apoyo social tienden a perder más peso, a presentar mejor control metabólico que los hombres que reciben este apoyo (Marzilli, 1999); mientras que en otros se muestra lo contrario (Epple et al., 2003). En algunos estudios se



ha encontrado que los hombres señalan una mayor percepción de apoyo para seguir el plan alimenticio que las mujeres (Brown et al., 2000). Esto puede deberse a las diferencias en el rol de género en culturas como la latina donde la mujer es responsable de cocinar los alimentos. Se requieren más estudios para conocer el efecto del diferencial del apoyo social dependiendo del sexo de los pacientes, así como conocer las posibles causas de ello.

Un área donde se ha realizado menos investigación aborda la posibilidad de que las conductas que familia y amigos realizan bajo el rubro de apoyo para manejar su diabetes pudiera estar generando efectos contrarios en los pacientes. En muchas ocasiones se asume que los pacientes con diabetes sabrán qué tipo de apoyo necesitan, y estarán dispuestos a solicitarlo y aceptarlo cuando este se les brinda, sin embargo habrá que considerar otros factores (Hupcey, 1998).

Algunos estudios han planteado la posibilidad de que exista “demasiado” apoyo social. En un estudio Boehm, Schlenk, Funnell, Powers y Ronis (1997) encontraron que algunos pacientes con diabetes informaban contar con mayor apoyo social que el que necesitaban y que era menos probable que estos pacientes participaran en grupos de apoyo para facilitar el automanejo de la enfermedad. De acuerdo con los autores, una posible explicación de los resultados nos indicaría que los pacientes temen ser criticados, regañados o acosados con respecto a sus conductas.

Otros autores (Hess, Davis & Harrison, 1996) señalan que la confianza en la familia y los amigos puede ser riesgosa ya que estas fuentes de apoyo pueden tener información limitada con respecto a la diabetes y su tratamiento haciendo en ocasiones difícil para ellos evaluar adecuadamente en qué medida el paciente está alcanzando las metas de tratamiento planteadas. Incluso, cuando las recomendaciones de





autocuidado no son consistentes con los valores y las creencias de los familiares y amigos, estos pueden incidir para que el tratamiento no se lleve a cabo.

Por lo que se refiere a las intervenciones psicológicas que han tenido como objetivo la modificación de alguna de las dimensiones del apoyo social para fomentar un adecuado autocuidado del paciente con diabetes, son las de corte cognitivo-conductual las que han mostrado mayor efectividad en alcanzar estas metas. Dentro de ellas se encuentran: las que se enfocan en el entrenamiento del paciente en habilidades para buscar y solicitar el apoyo dentro de su familia o comunidad (Steed, Cooke & Newman, 2003); en la creación de redes de apoyo de pares (Toobert, Strycker, Glasgow, Barrera & Bagdade, 2002); en brindar educación a los familiares y a la comunidad sobre el padecimiento (Nasmith, Cote & Cox, 2004); y en menor medida aquellas que incorporan a los miembros de la familia o la comunidad con el objetivo de modificar algunas de sus conductas de apoyo o percepciones con respecto al mismo para así fomentar un mejor automanejo. No existen estudios que hayan comparado la efectividad entre intervenciones cognitivo-conductuales que involucran a la familia de aquellas que solo trabajan con el paciente para mejorar el automanejo del paciente con diabetes tipo 2.

De acuerdo con estos antecedentes los factores psicosociales como el bienestar psicológico, el malestar emocional, las creencias de autoeficacia, los síntomas depresivos y el apoyo social son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la diabetes. Distintas investigaciones han mostrado la relación significativa entre estas variables y el control metabólico del paciente con este padecimiento. Así, pacientes con un mayor bienestar, con mayor autoeficacia para el manejo del padecimiento, con menores síntomas depresivos y con mayor apoyo social tenderán a presentar menores índices de glucosa en sangre.



CONCLUSIONES

Para la atención del paciente con diabetes se requiere de una intervención multiprofesional, en la cual se aborden diferentes variables para el logro de un adecuado control metabólico que incide en la prevención de complicaciones agudas y crónicas y en la mejor calidad de vida para quien la padece, así mismo las variables psicosociales son de gran relevancia por encontrarse relacionadas directamente con la conducta asociadas al automanejo y al control de la glicemia.

Las emociones y los pensamientos, influyen en la conducta para el automanejo de la diabetes, el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad, el tratamiento, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad, la severidad de la enfermedad, la autoeficacia, el bienestar psicológico, el malestar emocional, los síntomas depresivos son variables a considerar en el manejo de la diabetes, distintas investigaciones han mostrado que existe relación significativa entre el control de estas y el control metabólico del paciente.

Por otro lado la construcción de redes sociales de apoyo principalmente de tipo familiar contribuye a mejorar la eficacia del tratamiento, ya que según algunos estudios el paciente observa cambios en sus conductas relacionadas con su autocuidado que impactan favorablemente en su plan alimenticio, actividad física y el consumo adecuado de fármacos, lo que permite un mejor control metabólico, es de vital importancia que los miembros de la familia se involucren en actividades de apoyo como por ejemplo la de comprar y cocinar alimentos saludables para el paciente. Además el apoyo social dentro de la familia o comunidad, contribuye a modificar algunas de las conductas o percepciones con respecto al padecimiento, lo que fomenta un mejor automanejo.



Por último la educación para la salud posibilita en los pacientes el entrenamiento necesario para el desarrollo de habilidades de autocuidado, es necesario intensificar las estrategias para la obtención de un buen control metabólico; establecer una vía de comunicación permanente entre los profesionales de las instituciones de salud, el paciente y su familia, principalmente en la fase de inicio o adaptación del tratamiento, es importante involucrar a los miembros de la familia o personas cercanas en el programa de educación, volviéndolo un colaborador en el cuidado del paciente y que promuevan la modificación de hábitos y estilos de vida, así como permitan comprender cuales factores interfieren y/o facilitan el alcance del control metabólico.

REFERENCIAS

- American Diabetes Association (2012). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*, 35, sup1, s64-s71. doi:10.2337/dc12-s064.
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*, 26, 597-604.
- Boehm, S., Schlenk, E.A., Funnell, M.M., Powers, H. & Ronis, D.L. (1997). Predictors of adherence to nutrition recommendations in people with noninsulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 23, 157-165.
- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (53-85). New York: Oxford University Press.
- Brown, S.A., Harrist, R.B., Villagomez, E.T., Segura, M., Barton, S. & Hanis, C.L. (2000). Gender and treatment differences in knowledge, health beliefs, and metabolic control in Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 26, (3), 425-438.
- Burroughs, T.E., Harris, M.A., Pontius, S.L. & Santiago, J.V. (1997). Research on



- social support in adolescents with IDDM: A critical review. *Diabetes Educator*, 23, 438-448.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-23.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 4, 425-435.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologists*, 10.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Culos-Reed, N. S., Rejeski, W. J., McAuley, E., Ockene, J. K., & Roter, D. L. (2000). Predictors of Adherence to Behavior Change Interventions in the Elderly. *Controlled Clinical Trials*, 21, (5), S200-S205.
- Del Castillo, A. (2010). Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Del Castillo, A. & Reyes-Lagunes, I. (2010). Validación convergente y divergente del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes. En M. García, A. Del Castillo, R. Guzmán & J. Martínez (Eds.) *Medición en Psicología: del individuo a la interacción*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J.A., Schlenk, E.A., Ryan, C.M., Sereika, S.M. & Doswell, W.M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 48-90.



- Dye, C.J., Haley-Zitlin, V. & Willoughby D. (2003). Insights from older adults with type 2 diabetes: making dietary and exercise changes. *Diabetes Educator*, 29, (1), 116-127.
- Epple, C., Wright, A., Joish, V. & Bauer, M. (2003). The Role of Active Family Nutritional Support in Navajos' Type 2 Diabetes Metabolic Control. *Diabetes Care*, 26, 2829-2834.
- Federación Internacional de Diabetes. (2011). The global burden. Disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2011). Diabetes en números. Disponible en <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/estadisticas.php>
- Fisher, L., Chesla, C.A., Bartz, R. J., Gillis, C., Skaff, M.A., Sabogal, F., Kanter, R. A. & Lutz, C. P. (1998). The Family and Type 2 Diabetes: A Framework for Intervention. *Diabetes Education*, 24, 599-607.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J. & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 14, (1), 33-41.
- Griffith, L.S., Field B.J. & Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: Association with glycaemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.
- Haynes, B.R., Taylor, W.R. & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hess, G.E., Davis, W.K. & Harrison, R.V. (1996). A diabetes psychosocial profile. *Diabetes Educator*, 12, 135-140.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.



- Johnson, S.B. (1992). Methodological issues in diabetes research: measuring adherence. *Diabetes Care*, 15, (Suppl. 4), 1658–1667.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 458–467.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503.
- Klomegah, R. (2006). The Social Side of Diabetes: The Influence Of Social Support on the Dietary Regimen of People With Diabetes. *Sociation Today*, 4, 2.
- La Greca, A.M., Auslander, W.F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. & Santiago, J. (1995). I get by with a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, (4), 449-476.
- La Greca, A.M. & Bearman, K.J. (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version: Evaluating Adolescents' Diabetes-Specific Support from Family Members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, (8), 665-676.
- Marzilli, G. (1999). The Effects of Social Support on Eating Behavior in Patients with Diabetes. Recuperado el 22 de septiembre de 2009, de <http://insulin.pumpers.org/textlib/psyc353.pdf>.
- McDonald, P.E., Wykle, M.L., Misra, R., Suwonnaroop, N. & Burant, C.J. (2002). Predictors of social support, acceptance, health-promoting behaviors, and glycemic control in African Americans with type 2 diabetes. *Journal of National Black Nurses Association*, 13, 23–30.
- Miller, C. & Davis, M. (2005). The influential role of social support in diabetes management. *Topics in Clinical Nutrition*, 20, (2), 157-165.
- Nasmith, L., Cote, B. & Cox, J. (2004). The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes. *Family Medicine*, 36, 40–50.



- Organización Mundial de la Salud. (2011). Media Centre. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Sacco, W. & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: The role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, (6), 523-531.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Secretaria de Salud de Hidalgo. (2010). Actualización del programa de programa estatal de salud. Hidalgo: SSH.
- Sherman, A.M., Bowen, D.J., Vitolins, M., Perri, M.G., Rosal, M.C., Sevvick, M.A. & Ockene, J.K. (2000). Dietary Adherence Characteristics and Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21, (5), S206-S211.
- Shuster, T.L., Kessler, R.C. & Aseltine, R.H. (1990). Supportive interactions, negative interactions and depressed mood. *American Journal of Community Psychology*, 18, 423-438.
- Skinner, T.C., White, J., Johnston, C. & Hixenbaugh, P. (1999). Interaction between social support and injection regimen in predicting teenagers concurrent glycosylated and haemoglobin assays. *Journal of Diabetes Nursing*, 3, 140-144.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educator Counseling*, 51, 5-15.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, (4), 282-298.
- Toobert, D.J., Strycker, L.A., Glasgow, R.E., Barrera, M. & Bagdade, J.D. (2002). Enhancing support for health behavior change among women at risk for heart disease: the Mediterranean Lifestyle Trial. *Health Education Research*, 17, 574-585.



- Vaux, A. (1990). The assessment of social support. (Memorias del Simposium Internacional). The Meaning and Measurement of Social Support, Frankfurt, Alemania, 1990, p. 6.
- Wen, L.K., Sheperd, M.D. & Parchman, M.L. (2004). Family support, diet and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 30, 6, 980-993.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated: A test for parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 937-952.