

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción General

El envejecimiento de la población uno de los hechos demográficos con más notoriedad a nivel mundial. Al principio era propio de los países desarrollados. No obstante, la dinámica de este suceso se ha extendido a América Latina. En México el descenso de la mortalidad ha sido uno de los logros sociales más importantes del país. El aumento de mortalidad es el reflejo de las mejoras generales en las condiciones de vida de la población. Gómez y Partida (2001) afirman que entre los principales factores que contribuyeron a que descendiera la mortalidad destacan la expansión de la infraestructura sanitaria y de los servicios educativos, así como un mejor entendimiento de la importancia de medicamentos cada vez más eficientes para combatir las enfermedades y a un bajo costo.

En México, las proyecciones para el 2050 mencionan que en las siguientes tres décadas habrá una disminución en la proporción de la población menor de 15 años, mientras que la población de 65 años incrementará. El grupo de adultos mayores comprendido como las personas de 65 años o más, aumentará su tamaño de 7.1 millones que existían en el 2010 a 9.8 millones para el 2020 y 23.1 millones para 2050 (Consejo Nacional de Población, [CONAPO], 2014).

Además, las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), muestran que la esperanza de vida en nuestro país se ha incrementado, pues en la década de los 30 ésta era de 34 años, para los 70s era de 40 años y para el 2014 era de casi 75 años. El Banco Mundial (2016) menciona que para el día de hoy la esperanza de vida de los mexicanos es de 77.14 años.

Este aumento en la longevidad, está provocando un cambio del perfil juvenil que se venía viviendo, a uno de envejecimiento de la población. Lo que conlleva a la modificación de la infraestructura social y gubernamental en dónde se tomen en cuenta las necesidades propias de los adultos mayores y, a la par que aumente la esperanza de vida, se fomenten condiciones para que los adultos de la tercera edad puedan vivir con el mayor bienestar posible.

Socialmente uno de los hitos de la entrada a la vejez es la jubilación. Se entiende a la jubilación como el cese de labores cuando se ha llegado al término de

los años de servicio de un empleado para con su empleador, ya sea porque el trabajador lo desee o no. De acuerdo a Hernández (2009) desde el punto de vista social y profesional, la jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que, atendida la circunstancia de la edad, cesaron voluntaria o forzosamente en su trabajo profesional por cuenta ajena o por cuenta propia; es decir, es el término del desempeño de las tareas laborales remuneradas, a causa de la edad.

Cuando una persona se vuelve mayor y cambia su rol de trabajador a uno de jubilado, puede que la persona lo haya hecho porque él o ella ya ha cumplido con la edad mínima para el retiro que, en el caso de México, es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Porque la persona así lo desee o porque la persona tiene alguna enfermedad o invalidez.

El INEGI (2013) ejecutó el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Este estudio tuvo como finalidad obtener información sobre el proceso de envejecimiento, así como el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la población de 50 años en adelante, de nuestro país. Para esto, el ENASEM realizó encuestas longitudinales que iniciaron en 2001, con entrevistas a 15,186 personas de 50 años de edad o más. Con seguimientos de la misma muestra en 2003 y una tercera, en 2012. Como resultado se encontró que, con referente a las enfermedades crónicas, las tres que más afectaron a la población fueron hipertensión arterial, diabetes y artritis. Por su parte, la diabetes mostró una tendencia ascendente para mujeres y hombres de 2001 a 2012.

En nuestro país del 2001 al 2012 la incidencia de diabéticos ancianos aumento considerablemente (INEGI, 2013). La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, que es la hormona que regula el nivel de glucosa o azúcar en la sangre. También puede presentarse cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. Por lo anterior, es importante recalcar que el efecto de la diabetes no controlada puede dañar a la larga muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 1999).

No obstante, la diabetes no impacta únicamente en la salud física de la persona. Diversos estudios como los realizados por Cunha (2003), García (2005) y Portilla (2011) han encontrado que los pacientes con diabetes desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa. El deterioro causado por una enfermedad crónica como lo es la diabetes, conlleva al

decremento del bienestar de los sujetos que la padecen; dentro de las alteraciones que pueden presentarse se encuentran, la ansiedad, inseguridad, miedo, angustia, impacto en la autoestima, el autoconcepto, la calidad de vida entre otras conductas reactivas (Portilla, 2011).

En la actualidad, se reconoce que para conseguir los objetivos del control de la diabetes es necesario que el paciente tenga una formación en su autocontrol, acompañado de programas intensivos de tratamiento (American Diabetes Association, [ADA], 1998; Alfaro, Simal & Botella, 2000). Los tratamientos pueden ser farmacológicos como el uso de antibióticos orales e insulinas, y a la par, un tratamiento no farmacológico en donde uno de los puntos más importantes es un adecuado proceso educativo para que se logre un buen control metabólico y la prevención de las complicaciones. Esto se hace mediante el cambio de la actitud del paciente hacia su enfermedad para así mantener o mejorar la calidad de vida (Portilla, 2011). A pesar de que se ha investigado y se han hecho campañas sociales para que la persona diabética comprenda la importancia de apegarse al tratamiento. La falta de adhesión al mismo es uno de los problemas que no sólo crea mayores costos al erario público, sino que también daña la salud de la persona que lo padece; provocando pérdida en la calidad de vida de las personas (Instituto Mexicano para la Competitividad, [IMCO], 2015).

En general, la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. A su vez engloba diversos aspectos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos. Fernández (2009) menciona que la calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo. Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos de ellos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros. Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales (Fernández, 2009). Tomando como base lo anterior, se concibe la calidad de vida como el nivel de satisfacción con las condiciones en que se desarrollan las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a situaciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales (Fernández, 2009).

Hay que tener en cuenta que la calidad de vida relacionada con la salud

requiere un concepto amplio y multidimensional que incluya la mayoría de los aspectos de la vida (Bullinger, 1993). En el caso de los diabéticos al ser enfermos crónicos, la variable salud sufre modificaciones substanciales que modifican la percepción que estos tengan de su calidad de vida y también la percepción que tienen de sí mismos. Pese a ello la literatura se ha enfocado a comparar a los enfermos crónicos, de aquellos que no lo son, obviando un aspecto importante como es el autoconcepto. De acuerdo a Vera y Zebadúa (2002), el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, para un buen funcionamiento y autorrealización. Por lo cual, está relacionado con nuestro bienestar en general. El autoconcepto se entiende como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). En donde, el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de importancia que la persona dé a cada uno de los componentes específicos (Harter, 1986). Es decir, si al auto-describirse la persona realiza juicios satisfactorios, entonces obtiene un autoconcepto global positivo. En el caso contrario, genera sentimientos negativos que repercutirán en un autoconcepto global negativo. Tomando como base lo anterior se infiere que la calidad de vida y el autoconcepto en los jubilados se ve afectado por la no adherencia al tratamiento médico.

2. Jubilación

2.1 Definición y Características

Como se mencionó anteriormente la jubilación es uno de los hitos sociales que marcan la entrada a la vejez. No obstante, para poder delimitar el concepto de jubilación más allá de su procedencia del latín *jubilatio*, que es júbilo, es necesario que definamos a la vejez. Cuando se pregunta ¿qué es ser viejo?, inmediatamente se piensan en las características físicas que menguan con la edad, o en aquella publicidad que nos rodea para los de la tercera edad, 70 y más, los cercanos a la jubilación, etc. No obstante, el concepto de envejecimiento es algo que “*casi todos lo reconocemos cuando lo experimentamos o lo vemos*” (Hayflick, 1994), pero que va más allá de un simple proceso físico.

La definición de envejecimiento desde el enfoque de la etapa vital, se basa en identificar los cambios que el paso de los años produce en la personalidad y en el status y rol social de las personas, aspectos que tanto la psicología como la sociología han tratado de analizar. Ambas disciplinas parten de la premisa de que todo lo que se observa o describe cambiará de alguna forma con el tiempo, la experiencia y la exposición al medio ambiente, y considera que el envejecimiento se puede definir como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles sociales (Birren & Btson, 1988).

Por otro lado, desde el punto de vista sociodemográfico, la mayoría de sociedades establecen el límite entre la edad adulta y la vejez a los 65 años (Fernández, 2009). Esta cifra en una sociedad postindustrial se relaciona directamente con la edad de retiro o jubilación, como sucede en nuestro país. Por lo cual, socialmente hemos apareado los términos jubilación o retiro con el de vejez. Cabe señalarse que para fines de esta investigación los términos jubilación y retiro serán lo mismo.

Al hablar de jubilación tenemos que hablar del canciller Bismarck quien en el siglo XIX desarrolló una de las primeras medidas sobre el proceso de retiro de aquellos artesanos que habían llegado a una edad en dónde ya no podían desarrollar su profesión como lo hacían con anterioridad ya sea por una edad avanzada o por enfermedad. Esta legislación consistía en una ley de seguro de vejez e invalidez aprobada en 1889, la cual tenía como finalidad *“otorgar al trabajador el derecho al trabajo mientras se encuentre sano y asegurarle la asistencia cuando esté enfermo o los medios de vida cuando sea anciano”* (Bismark, s./f., Obras completas, tomo 12, pág. 450). A partir de ello podría definirse a la jubilación como el proceso por el cual las personas que han desempeñado alguna actividad laboral cesan en la vida activa-productiva para pasar a depender de una pensión o equivalente (Buendía, 1994).

La definición anterior tiene similitudes con la ofrece Hernández (2009) pues menciona que, desde el punto de vista social y profesional, la jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que, atendida la circunstancia de la edad, cesaron voluntaria o forzosamente en su trabajo profesional por cuenta ajena o propia; es decir, es el término del desempeño de las tareas laborales remuneradas, a causa de la edad. Por la precisión de la información debe de mencionarse que esta definición será la que se empleará durante toda la investigación.

Freud mencionó que la clave de la realización como persona adulta era el amor y el trabajo. Por lo cual, cuando se habla de jubilación y los aspectos que rodean y se derivan del tema no podrían entenderse si no tuviéramos en cuenta la importancia que el trabajo otorga durante la edad adulta para brindarle significado. Cohn (1979) realizó un experimento en el cual se le preguntó a varones de diferentes edades sobre la satisfacción que les producía el trabajo, y luego, sobre su autoestima general. Como resultado, se encontró que los hombres mayores gustaban de su trabajo igual o más que los jóvenes. Sin embargo, sólo en los hombres mayores se encontró una satisfacción por la vida en general.

Actitudes ante la jubilación

El trabajo no sólo es una forma de obtener una remuneración económica. El trabajo también nos ayuda a formar nuestro autoconcepto (Gómez, 2003). Pues es el trabajo él que ocupa la mayor parte del tiempo y de la vida misma. En una sociedad postindustrial se nos educa para que el trabajo sea nuestro objetivo y una forma de realización personal. Es por eso que para algunos la jubilación sea la pérdida de un rol y pueda provocar una crisis existencial en dónde no se sepa qué sigue después de o qué se puede hacer ahora en la vida.

Belsky (2001) menciona que para aquellos individuos para quienes el trabajo representa un prestigio social y soporte económico que no se desea perder, el trabajo representa una motivación extrínseca tan grande que la jubilación representaría para ellos una muerte emocional. En dónde si la persona es obligada a jubilarse su salud se puede deteriorar, pues el trabajo representa la razón de ser, la posición social, la satisfacción creativa, las relaciones sociales e incluso el amor propio (Lazarus & Lauer, 1986).

Por otro lado, existen quienes consideran a la jubilación como una oportunidad para poder emprender cosas que no habían hecho hasta el momento; viajar, pasar más tiempo con la familia e incluso estudiar una carrera, idioma o emprender nuevas modalidades de trabajo; ejemplo de ello son los *silverpreneurs* o emprendedores de plata. Ellos son profesionales que han trabajado en grandes compañías, casi siempre multinacionales, la mayor parte de su vida, pero que disfrutaban emprendiendo cosas, porque lo divertido para ellos es hacer cosas nuevas. Suelen ser personas que comienzan una segunda carrera con un negocio propio después de los cincuenta para

ganar calidad de vida y porque encuentran especialmente atractivo aportar toda su experiencia y conocimiento profesional a nuevos proyectos (Casado, 2014).

Las actitudes iniciales ante la jubilación son ambivalentes. Mientras muchos trabajadores esperan con ansias ese momento otros huyen del mismo; esto puede deberse a que la fuerza y la dirección del deseo de retirarse o no, están relacionadas con el grado de satisfacción que experimentan en su trabajo. Generalmente, cuanto más alto es el nivel educativo y el tipo de trabajo, menos desean jubilarse las personas y es más probable que continúen trabajando después de los 65 años. En cambio, los trabajos físicos, alienantes o tediosos llevan asociado el deseo de una jubilación lo antes posible (Hernández, 2009).

Lo que es un hecho, es que tras la jubilación la persona tiene que replantearse toda su vida, organizar de nuevo su tiempo y su situación económica. Así como establecer unas nuevas relaciones familiares y nuevos lazos sociales que sirvan de redes de apoyo para quienes la pérdida del rol sea sumamente significativa, pues Hernández (2009) menciona que un porcentaje significativo de los varones muere en el transcurso de su primer año de retiro. Aunque también existe la otra parte que vive gozosamente su jubilación y que les sacan un enorme partido a estos años de vida, disfrutando de todo cuanto está a su alcance y sin sentimiento alguno de culpabilidad o inutilidad. Pues para ellos la vida no termina con la jubilación, sino con la muerte.

Adaptación a la jubilación

La jubilación es el evento por el cual el sujeto interrumpe o modifica el vínculo que tenía con el trabajo. Por lo cual, este suceso implica, para el sujeto, un cambio evolutivo que trae aparejado tanto ganancias como pérdidas. De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española (2016), perder es dejar de tener aquello que se poseía, ya sea por contingencia o desgracia. A partir de lo anterior se puede afirmar entonces que perder es estar privado de algo. Por lo cual, no es de extrañarse que la jubilación implica la interrupción o pérdida de la vida laboral, y con eso el replanteamiento de la vida familiar o de pareja, el formar nuevas amistades o mantener las ya existentes, pero también abre la posibilidad de buscar nuevas formas en que emplear el abundante tiempo libre que ahora se tiene, o adaptarse a nuevos esquemas financieros.

La Teoría del Rol Social de Género (Eagly, 1987) sostiene que existen

expectativas sociales que se traducen en valores e influyen en la conducta de los individuos. Así, se genera una separación por roles que definen las actividades y las formas de participación en la sociedad. Como consecuencia de esta teoría, las expectativas sociales para varones y mujeres serán diferentes durante la vida laboral activa. En la sociedad occidental menos tradicionalista, las mujeres suelen desempeñar en simultáneo un rol productivo y un rol de cuidado en el ámbito privado o familiar, mientras que el hombre ocupa un rol productivo que se relaciona con el rol de proveedor en el ámbito privado (Castañeda-Abascal, 2007; Pérez-Ortiz, 2006).

Si bien es cierto que, en la actualidad, se tratan de difuminar los estereotipos de género, la cosmovisión de las personas que ya están jubiladas es diferente pues les toca crecer e interiorizar que estas normas de comportamiento eran las idóneas para su época. Generacionalmente hablando *U.S. Bureau of the Census* (s.f.) considera a los *Baby Boomers* como aquellos nacidos entre 1946 y 1964. A pesar del hecho de que existen diferencias mínimas en cuanto a formas de pensar o de comportarse de aquellos que nacieron en Estados Unidos a los que nacieron en América Latina y más específicamente en México, en general, el periodo económicamente activo de los *Baby Boomers* tuvo su esplendor entre los 70's-90's; por lo que, por las edades que algunos presentan actualmente, este grupo de la población es el que se encuentra jubilado.

En nuestro país la fuerza laboral de la mujer fue tomando auge hasta 1991 en donde 35 de cada 100 mujeres trabajaban (INEGI,1991), razón considerable pues antes sólo eran 17 de cada 100 (INEGI, 1970). Esto permite afirmar que la fuerza laboral femenina ha incrementado a partir de tres décadas a la fecha (Instituto Nacional de las Mujeres, 2003), cuando el periodo de esplendor laboral de los *Baby Boomers* ya había pasado. Si bien esta generación fue pionera en la integración de la mujer al mundo laboral mientras a la par mantenía tareas en el hogar (Irizarry-Hernández, 2009), Johnson, Butrica y Mommaerts (2010) observaron que las mujeres pertenecientes a la generación tradicionalista tienden a tomar decisiones acerca de cuándo dejar de trabajar, en relación a necesidades familiares tales como el cuidado de algún nieto o bien la jubilación de su propio esposo.

Lo anterior, desde un análisis de género, significaría que los roles laborales son prioritarios más para los varones, mientras que, para la mujer, el rol de cuidadora cobra una mayor importancia dentro de esta generación (Hermida, Tartaglini, Ofman, & Stefani, 2014). Estos hallazgos coinciden con Bazo, Hernández *et al.* (2006) quien

menciona que “la jubilación implica pérdida del espacio laboral, que produce más ansiedad, por lo general, en los hombres que, en las mujeres” (p.p. 97-98). Y los resultados encontrados por Aranda, Pando & Aldrete (2002), Stefani (2004), Téllez Rivera & Reyes Montoya (2004), Pérez Ortiz (2006), y Hermida, Tartaglino, Ofman & Stefani (2014) quienes demuestran que las mujeres conciben más a la jubilación como un descanso y comienzo o continuidad de sus actividades diarias, mientras que los hombres vivencian a la jubilación más como una pérdida. Esta diferencia podría explicarse, en parte, por la implicación de las prescripciones sociales del rol de género, donde para el hombre la jubilación se asociaría a la pérdida de su estatus como proveedor y sostén económico de la familia, mientras que las mujeres, al dejar de trabajar, podrían seguir cumpliendo con la expectativa de su rol de género como cuidadoras familiares. Con base en lo anterior, y para fines de esta investigación, la muestra se realizará únicamente en hombres.

Además de las diferencias de género, la jubilación también puede implicar la pérdida de los amigos que se han forjado en el trabajo, pues al jubilarse ya no coinciden en espacios y actividades, por lo cual pueden dejar de frecuentarse. A la par, pueden presentarse sentimientos como el temor de perder al cónyuge o algún otro ser querido, e inclusive también puede sentirse temor de no tener la misma relación con los hijos, los nietos, o con otros miembros de la familia extensa.

La reacción a la jubilación, varía de un sujeto a otro, dependiendo también de sus condiciones sociales. Havighurst, Neugartes, y Tobin (1964) distingue tres etapas en el proceso de adaptación las cuales son las siguientes:

- En la primera etapa, dominan los sentimientos de frustración y ansiedad, y pocos son los sujetos que se alegran de ella.
- En la segunda etapa, la persona trata de buscar ansiosamente un nuevo rol social.
- En la tercera etapa, tiende a producirse la estabilización en un nuevo rol encontrado.

Cabe mencionarse que según los mismos autores los factores que influyen en el proceso de adaptación son el estado de salud mental, la autonomía económica, su integración social y la amplitud de intereses.

Fases del proceso de jubilación

La jubilación se entiende como un proceso que inicia desde antes de que la persona ejecute la acción de jubilarse y termina mucho tiempo después de realizada la acción. Atchley (1976) menciona que existen ciertos pasos por los que el individuo atraviesa para adaptarse a la idea del retiro. Estas fases representan la crisis general del evento, así como su resolución. A continuación, se presentan las fases:

- Pre-jubilación: esta fase se puede dividir en dos fases. La primera de ellas recibe el nombre de fase remota. Durante esta fase el individuo ve a la jubilación como una fase positiva al final de su carrera profesional. Esta fase puede iniciarse aún antes de que la persona ingrese a su primer trabajo; y concluye cuando el individuo se acerca a la jubilación. Cabe resaltar que muy pocos tienen sentimientos de miedo con respecto al hecho de jubilarse, y que otros pocos se preparan para la misma. La fase cercana se da cuando la persona percibe que la jubilación es próxima. La persona puede observar como personas cercanas a él comienzan a jubilarse. En este punto las actitudes hacia la jubilación se vuelven negativas, ya que la realidad se presenta de frente a la persona. También puede presentarse el caso de que algunas de estas personas no hayan alcanzado el tope de prerequisites financieros para jubilarse. En esta fase pueden presentarse idealizaciones, poco realistas o verdícas, en torno a la jubilación.
- Luna de miel: una vez que se ha realizado el hecho de jubilarse, las personas pueden experimentar un periodo de euforia por el hecho de sentirse libres en cuanto a tiempo y espacio. Es decir, que por primera vez en su vida no están sujetos a un horario específico y un espacio determinado que les dictaba el trabajo. Durante esta fase las personas tratan de realizar todo aquello que no habían podido realizar antes. Es un periodo muy ocupado en el cual la persona viaja, realiza actividades deportivas o recreativas de diversa índole. También durante esta etapa visita a parientes y amigos. Dependiendo de los recursos económicos con los que cuente la persona algunos podrán prolongar más esta fase. Pese a ello, lo cierto es que, al cabo de un tiempo se establece una rutina. La naturaleza de esta rutina es muy importante, ya que, si la persona percibe que esta rutina es satisfactoria, entonces se estabilizará. No obstante, hay personas que no lo hacen y pasan a la siguiente fase.

- Desencanto: para aquellas personas a las cuales no les es fácil adaptarse a la jubilación, comienzan a experimentar un proceso de desencanto e incluso depresión. Estas personas pueden ser aquellas que tiene pocos recursos económicos o una salud deficiente. También aquellos sujetos que estaban demasiado involucrados con su trabajo, o no estaban acostumbrados a manejar su propia vida. Asimismo, dentro de las personas que sufren el desencanto pueden estar aquellos que experimentaron pérdida de rol o cambiaron su lugar de residencia.
- Reorientación: durante esta fase la persona tiene que aprender a desarrollar un punto de vista más objetivo con respecto a sus alternativas. Esta etapa implica la posibilidad de involucrarse en nuevas actividades y buscar la ayuda de familiares y amigos. En esta fase se puede establecer una rutina para la vida diaria que proveerá satisfacción para la persona.
- Estabilización: pueden existir personas que pasen directamente de la fase de luna de miel a esta. No obstante, aquellas que no pasaron de la luna de miel a esta fase establecen una rutina para manejar el cambio. Aquí el individuo ya desarrolló un criterio para tener recursos que le permitan vivir de una manera satisfactoria. Al individuo esta fase le parece predecible y satisfactoria. Además de ello, la persona ya ha dominado su nuevo rol de jubilado, ya sabe que es lo que se espera de él y, cuáles son sus limitaciones y habilidades.
- Terminación: para muchas personas la muerte termina con su rol de jubilado, pero para otras existen diferentes maneras de perder dicho rol, como puede ser, una enfermedad o discapacidad, que impida la independencia de la persona, y haga que dependa directamente de otra todo el tiempo. Otra manera podría ser perdiendo su capacidad económica, ya que se vuelve dependiente de alguien más.

Es importante mencionar que no existe una edad cronológica para estas fases; debido al hecho de que son una progresión de procesos involucrados en el rol del jubilado (Atchley, 1976). Debe de considerarse que lo más importante es analizar a la jubilación como una transición que es vivenciada por cada persona desde una gran variedad de circunstancias, y ante las que cada uno responde según el nivel de autoeficiencia y capacidad para adaptarse a nuevas situaciones (Buendía, 1994).

3. Diabetes Mellitus

3.1 Definición, Epidemiología y Sintomatología

Definición

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, que es la hormona que regula el nivel de glucosa o azúcar en la sangre. También puede presentarse cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, esto significa aumento del nivel de glucosa en la sangre. Lo cuál con el tiempo, daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 1999).

A largo plazo, lo anterior da lugar a complicaciones graves y específicas como ceguera, insuficiencia renal, amputación de los miembros inferiores, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (OMS, 2016). Estos dos últimos aspectos, se han enfatizado tanto en la última década, que inclusive la *American Heart Association* (AHA, 1999) ha denominado a la Diabetes como una enfermedad cardiovascular.

De acuerdo a las estadísticas se encuentra que los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (Sarwar, y otros, 2010). También que las neuropatías de los pies combinadas con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación (OMS, 1999).

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes (Bourne, y otros, 2013). Además de que la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal (United States Renal Data System, 2014).

No obstante, en todos los tipos de diabetes, a pesar de sus diferencias etiológicas, se encuentra como dato principal la hiperglucemia. La hiperglucemia es un pilar para el diagnóstico. Además de que, ésta es la responsable de gran parte de las complicaciones que afectan la calidad de vida y la mortalidad a largo plazo de quienes padecen esta afección (Portilla, 2011).

La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles, seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario; pues en las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (OMS, 2016).

Epidemiología

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos, considerados personas mayores de 18 años, ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2014. En el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030 la suma se incremente a 366 millones. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes. Para 2014, el 8,5% de los adultos tenía diabetes (OMS, 2016). Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (Colin & Dejan, 2006).

Cabe mencionar que, en la actualidad, la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2016). El INEGI (2013) ejecutó el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). El cuál tiene como finalidad obtener información sobre el proceso de envejecimiento, así como el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la población de 50 años en adelante, de nuestro país. Para esto, el ENASEM realizó encuestas longitudinales que iniciaron en 2001, con entrevistas a 15, 186 personas de 50 años de edad o más. Con seguimientos de la misma muestra en 2003 y una tercera, en 2012. Como resultado se encontró que, con referente a las enfermedades crónicas, las tres que más afectaron a la población fueron hipertensión arterial, diabetes y artritis. Por su parte, la diabetes mostró una tendencia ascendente para mujeres y hombres de 2001 a 2012.

Roglic *et. al* (2005) estimaron que en el 2000 la mortalidad atribuible a la diabetes mellitus tipo 2 alcanzó a 2,9 millones de casos, equivalentes a 5,2% del total de muertes por todas las causas durante el mismo año; además de que las tasas de mortalidad en personas con diabetes aumentan con la edad. Las condiciones no transmisibles, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer y enfermedades respiratorias son responsables de 57 millones de muertes anuales (OMS, 2004).

Se estima que de los 177 millones de personas en todo el mundo que padecen diabetes dos terceras partes viven en países en vías de desarrollo (Chaturvedi, Jarrett, Shipley, & Fuller, 1998). La transición nutricional, caracterizada por comer en exceso y dietas poco saludables, así como un incremento en comportamientos sedentarios, han provocado que la diabetes se dé de una forma mayoritaria y más rápida en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados.

En México, la diabetes mellitus tipo 2 fue la causa principal de mortalidad en el 2007 (Secretaría de Salud de México, 2008). Los cambios políticos y económicos que ha sufrido México en las últimas décadas han provocado cambios importantes en la dieta tradicional y en los hábitos de actividad física de la población, generando incrementos en la obesidad y en el número de personas con diabetes.

La Encuesta Nacional de Salud de México en el 2000 (Aguilar, Velazquez, Gómez, González, & Esqueda, 2003) halló una prevalencia de diabetes de 8.2% en la población general. Siendo así que el 13.2% de la población diabética se encontraba entre los 40 años de edad o menores. Por otra parte, era el grupo de los ancianos el que tenía mayor porcentaje, con un 20%.

Las estadísticas sugieren que entre un tercio y la mitad de todos los casos de diabetes mellitus tipo 2 en México, no son diagnosticados y las personas tienen una enfermedad preclínica por hasta 12 años antes de ser diagnosticados (Nesto, 2003). Más aún, al momento del diagnóstico, 50% de los pacientes presentan alguna forma de complicación microvascular, nefropatía, retinopatía o neuropatía, y tienen un riesgo 2 a 4 veces mayor de desarrollar alguna enfermedad coronaria de aquellas personas no diabéticas (Nesto, 2003).

Sintomatología

La *American Diabetes Association* (ADA, 2012a) estipula que existen dos tipos principales tipos de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo. La diabetes tipo 1 puede ocurrir a cualquier edad. No obstante, se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En la diabetes tipo 1, el cuerpo produce poca o nada de insulina. Por lo cual, el paciente experimenta poliuria, que es la constante necesidad de orinar. A su vez presenta polidipsia que es la sensación de sed inusual. Astenia que es fatiga e irritabilidad extrema. Además de pérdida inusual de peso. Por lo anterior, el paciente puede llegar

a necesitar inyecciones diarias de insulina, lo cual a la larga puede menguar su calidad de vida.

Para la diabetes tipo 2, la mayoría de los casos se presentan generalmente en la edad adulta. Sin embargo, actualmente se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen la enfermedad, debido al hecho de que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de glucemia son completamente asintomáticas. No obstante, un hecho simple como es el examen de la glucosa en la sangre podría ayudar a su temprana detección (OMS, 2016).

Asimismo, los niveles altos de azúcar en la sangre pueden causar diversos síntomas. En el caso de la diabetes tipo 2, se podría presentar cualquier síntoma de la diabetes tipo 1, agregando infecciones frecuentes, visión borrosa, cortes o moretones que tardan en sanar, hormigueo o entumecimiento de las manos o los pies, e incluso infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga (ADA, 2015a). *The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1998)* menciona que además de lo anterior después de muchos años, la diabetes puede llevar a otros problemas serios tales como:

- Microangiopatía: Retinopatía, nefropatía, miocardiopatía y dermatopatía.
- Macroangiopatía: Arterias coronarias, arterias cerebrales, arterias de las extremidades inferiores.
- Neuropatía: En sistema nervioso central, periférico y autónomo. La neuropatía autónoma causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual.
- Otras complicaciones que se relacionan con la diabetes son las cataratas, dupuytren, osteopatía y discromatopsia.

3.2 Clasificación de la Diabetes Mellitus

La Clasificación de diabetes mellitus (ADA, 2008) se basa fundamentalmente en la etiología de la enfermedad y en sus características fisiopatológicas. A continuación, se presenta una clasificación que ejemplifica los tipos de diabetes existentes y a la par como se dividen las mismas.

- I. Diabetes tipo 1: Destrucción de las células β que conduce a déficit absoluto de insulina.
 - A. Autoinmune
 - B. Idiopática
- II. Diabetes tipo 2: con resistencia insulínica y déficit de secreción insulínica.
 - A. Defectos genéticos de la función celular β
 - B. Defectos genéticos de la acción de la insulina
 - C. Enfermedades del páncreas exocrino
 - D. Endocrinopatías
 - E. Fármacos o agentes químicos
 - F. Infecciones
 - G. Formas infrecuentes de diabetes autoinmune
 - H. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes
- III. Otros tipos específicos
- IV. Diabetes gestacional

De esta clasificación, las que tienen mayor incidencia en la población en general son la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 que serán ampliadas a continuación.

Diabetes Mellitus tipo 1

La diabetes de tipo 1 también conocida como insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona (OMS, 1999). Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual (OMS, 2016).

La diabetes tipo 1 resulta de la destrucción autoinmune de las células β del páncreas. Los marcadores de destrucción son los anticuerpos contra las células de los islotes, la insulina, el anticuerpo GAD (glutamato decarboxilasa) (GAD65) y el de la tirosina fosfatasa IA-2 y IA-2 β . Usualmente más de uno de estos autoanticuerpos están presentes en el 85-90% de los individuos con hiperglucemia en ayunas (ADA, 2012).

En esta forma de diabetes, la tasa de destrucción de las células β es muy variable, siendo rápida en algunos individuos, principalmente los lactantes y los niños. A su vez puede ser lenta en otros, como los adultos. Algunos pacientes,

especialmente los niños y los adolescentes, pueden presentar cetoacidosis como primera manifestación de la enfermedad. La cetoacidosis se presenta cuando las células no están recibiendo la glucosa que necesitan como fuente de energía. Es entonces que el cuerpo comienza a quemar grasa para tener energía, produciendo cetonas. Las cetonas son químicos que el cuerpo crea cuando quema grasa para usarla como energía. El cuerpo hace esto cuando no tiene suficiente insulina para usar glucosa, la fuente normal de energía del cuerpo. Cuando las cetonas se acumulan en la sangre, esto hace que su sangre sea más ácida. Pudiendo provocar un coma diabético o incluso la muerte (ADA, 2015b)

Otros pacientes tienen hiperglucemia moderada en ayunas que puede virar con rapidez a la hiperglucemia grave y/o la cetoacidosis, en presencia de infección u otras intercorrencias. Y otros, especialmente los adultos, pueden retener una función residual de las células β suficiente, lo que permite prevenir la cetoacidosis durante muchos años. No obstante, estas personas se convierten en insulino dependientes y están en riesgo de cetoacidosis (ADA, 2012b).

En esta última etapa de la enfermedad, la secreción de insulina es escasa o nula y se manifiesta por niveles bajos o indetectables del péptido C en el plasma. La diabetes mediada por inmunidad suele ocurrir en la niñez y la adolescencia, pero puede ocurrir a cualquier edad, incluso en la octava o novena décadas de la vida (ADA, 2012a).

La destrucción autoinmune de las células β tiene múltiples predisposiciones genéticas y también está relacionada con factores ambientales poco definidos. Aunque rara vez los pacientes son obesos, cuando la obesidad está presente no contradice el diagnóstico de diabetes. Estos pacientes también son propensos a otros trastornos autoinmunes, como la enfermedad de Graves, la tiroiditis de Hashimoto, la enfermedad de Addison, el vitíligo, la enfermedad celíaca, la hepatitis autoinmune, la miastenia grave y la anemia perniciosa (ADA, 2012b)

Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2 se le conoce también como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Este tipo de diabetes se debe a una utilización ineficaz de la insulina (OMS, 1999). Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales (OMS, 2016) y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (ADA, 2012b).

La diabetes mellitus tipo 2 representa el 90 a 95% de los diagnósticos de diabetes mellitus. Su pico de incidencia ocurre en sujetos de mayor edad que en la diabetes tipo 1, en general a partir de los 35 a 40 años y con una intensa asociación familiar. Se acompaña en numerosas ocasiones de otros factores de riesgo cardiovascular, de los cuales la obesidad es el más importante, especialmente la del patrón abdominal, relacionado con aumento de grasa visceral, junto a la hipertensión y la dislipidemia. Todo lo anterior se engloba dentro de lo que se conoce como un síndrome metabólico (OMS, 2010).

En estos pacientes, además de una elevada neoglucogénesis hepática, existe una excesiva producción endógena de mediadores bioquímicos proinflamatorios, procoagulantes e inductores de resistencia a la acción de insulina, mecanismo que siempre está presente en la diabetes tipo 2, aunque acompañado en mayor o en menor medida por un déficit en la producción de insulina incapaz de compensar esta resistencia periférica (ADA, 2012b).

La diabetes tipo 2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere que exista también una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambas situaciones deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos factores primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona, aunque este tipo de diabetes se presenta, como ya se mencionó, principalmente en adultos, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos (OMS, 2016).

La incidencia de esta enfermedad es mayor en pacientes longevos, sedentarios, obesos, en los sujetos con antecedentes familiares de diabetes tipo 2, en mujeres que han presentado diabetes mellitus gestante, y en ciertos grupos étnicos como los amerindios, afrocaribeños y surasiáticos (OMS, 2010).

La forma de presentación suele ser mucho más lenta que la diabetes tipo 1,

muchas veces realizándose el diagnóstico por la presencia de hiperglucemia en los análisis de rutina tras años de evolución del cuadro, sin que el paciente haya presentado sintomatología alguna. Una larga evolución previa al diagnóstico se asocia con mayor incidencia de complicaciones macro y microvasculares (OMS, 2010).

La necesidad de insulina no es tan drástica como en la diabetes tipo 1, siendo necesaria frecuentemente para el control de la enfermedad, pero no para la supervivencia. El déficit de producción de insulina no suele ser total, con un remanente capaz de evitar la cetoacidosis casi por completo, salvo la concurrencia de otra enfermedad aguda como infecciones o traumatismos (ADA, 2012b).

3.3 Diagnóstico

Existen varias formas para diagnosticar la diabetes. Por lo general, para establecer los criterios diagnósticos de diabetes es importante y necesario medir el nivel de glucemia. También es recomendable para el diagnóstico que se realicen dos veces la prueba para corroborar, a instancias de lo que el médico refiera.

Un ejemplo de prueba para medir el promedio de glucosa en la sangre es la prueba A1C. Esta prueba mide la glucosa durante los últimos 2 o 3 meses. La ventaja de recibir un diagnóstico de esta manera es que no se tiene que ayunar ni abstenerse de agua. En este caso se diagnostica diabetes cuando $A1C \geq 6.5\%$. Otra prueba que puede realizarse es la prueba de glucosa plasmática en ayunas. Esta prueba generalmente se realiza a primera hora en la mañana, antes del desayuno, y mide el nivel de glucosa en la sangre cuando no se ha comido, ni bebido nada, a excepción de agua, por lo menos 8 horas antes del examen. En este caso se diagnostica diabetes cuando: Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl (ADA, 2015c).

Existen otras pruebas para el diagnóstico. Entre ellas se encuentra la prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide el nivel de glucosa en sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. La prueba indica cómo es que el cuerpo procesa la glucosa. En este caso si la glucosa en la sangre a las 2 horas es ≥ 200 mg/dl el diagnóstico es positivo. Otro ejemplo de prueba es la aleatoria o casual de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando se tiene síntomas de diabetes severa. Si en la prueba se obtiene una puntuación ≥ 200 mg/dl en la sangre se

diagnostica diabetes mellitus (ADA, 2015c).

Por otro lado, la prediabetes es un trastorno en que el nivel de la glucosa en la sangre es mayor de lo normal pero no lo suficientemente alto como para que sea diabetes. Este trastorno significa que se está en peligro de tener diabetes de tipo 2. En este caso, si los resultados de la prueba A1C de 5.7% – 6.4 %, o de glucosa en la sangre en ayunas de 100 – 125 mg/dl, o glucosa en la sangre a las 2 horas de 140 mg/dl –199 mg/dl; indican que la persona es pre diabética (OMS, 2010).

3.4 Tratamiento

Cruz, Yanes, Calderín, Pardías, & Vázquez (2009) afirman que existen diferentes tipos de tratamiento entre los que pueden diferenciarse el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Dentro del primero podemos encontrar a los antibióticos orales y las insulinas. Se debe de tomar en cuenta que para la administración de antibióticos es necesario precisar si predomina la elevación de la Glucemia Posprandial en ayunas. Si está elevada, se utilizarán de preferencia los inhibidores de la Alfacglucosidasa, los Secretagogos de acción rápida, o los medicamentos que incrementen la sensibilidad a la insulina. Por el contrario, cuando la glucemia basal está elevada, lo más conveniente es el empleo de los secretagogos clásicos y también de los sensibilizadores de la insulina. Los antibióticos orales más utilizados son: Sulfonilureas, Biguanidas, Inhibidores de la Alfacglucosidasa y Tiazolidinedionas.

En cuanto a las insulinas, son más utilizadas en los casos de diabetes tipo 1. Sin embargo, puede ser necesaria en pacientes con diabetes tipo 2 por diversas circunstancias, tales como, contraindicaciones para el uso de hipoglucemiantes orales, ya sea insuficiencia renal o hepática grave, o trastornos digestivos. También en la existencia de procesos intercurrentes que provoca una descompensación de la glucemia, haciendo así que sea necesario el uso de insulina temporalmente. En el caso de fracaso del tratamiento con dieta-ejercicio e hipoglucemiantes orales, por un no seguimiento de los objetivos de control pactados con el paciente. También en las descompensaciones hiperglucémicas agudas (Cruz, Yanes, Calderín, Pardías, & Vázquez, 2009)

Sin embargo, la insulina muchas veces es mal aceptada por el paciente, y hay casos en los que las dificultades, en relación con su administración, son evidentes,

por lo tanto, se recomienda tratar de implicar a los familiares o cuidadores, pues su colaboración resulta esencial en el apego al tratamiento médico.

Lo anterior puede ser el caso del tratamiento no farmacológico, en dónde se puede resaltar la importancia de la educación. La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados que hacen de la diabetes una enfermedad grave. Dentro del proceso educativo se debe de lograr un buen control metabólico y prevenir complicaciones. Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad para así mantener o mejorar la calidad de vida (Portilla, 2011). También un buen proceso educativo puede asegurar la adherencia al tratamiento por parte del paciente y así lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos. Así como, evitar la enfermedad en el núcleo familiar (Roses & Rosas, 2000).

Otro tratamiento es la dieta. La cual no debe ser hipercalórica. Pero al mismo tiempo debe evitarse la mal nutrición iatrogénica. Debe ser rica en vitaminas y minerales. Así como insistir en la ingesta de agua, calcio, folatos, potasio y vitamina B12. La distribución calórica será igual que en adultos jóvenes que en ancianos. No obstante, en los ancianos obesos, lograr una pérdida de peso del 10 % debe ser considerado positivo y suficiente (Yanes et al., 2009).

Otro apartado importante es el ejercicio físico. Se considera como actividad física a todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico. Ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva. En el caso del diabético el ejercicio deberá cumplir a corto plazo con el cambio del hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente. A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez. Y a largo plazo, se debe de aumentar la frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Algunos de los ejercicios más recomendados son los aeróbico como caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc. (Roses & Rosas, 2000).

En la actualidad, se reconoce que para conseguir los objetivos del control de la diabetes es necesario que el paciente tenga una formación en su autocontrol. Acompañado de programas intensivos de tratamiento (ADA, 1998; Alfaro, Simal & Botella, 2000). Los programas deben proporcionarse de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente. No obstante, los componentes de los programas de

tratamiento de la diabetes mellitus son los siguientes (ADA, 1995; 1997;1998):

- Autocontrol de la glucosa en sangre con una adecuada frecuencia.
- Terapia médica nutricional.
- Ejercicio regular.
- Regímenes de insulina o infusión subcutánea de insulina u agentes orales hipoglucemiantes.
- Instrucción en la prevención y en el tratamiento de la hipoglucemia y de otras complicaciones agudas.
- Educación continua y refuerzo.
- Evaluación periódica de los objetivos del tratamiento

Si bien la diabetes mellitus es una enfermedad orgánica, recientemente se están reconociendo implicaciones de tipo psicológico, que padecen a la par estas personas. *The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (1997, 1998) refiere que: “*El impacto emocional y social de la diabetes y las demandas de la terapia pueden causar importantes disfunciones psicosociales en los pacientes y en sus familias*” (*The Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, 1997. p. 1183; 1998, p. 6).

De esta forma, los profesionales de la salud empiezan a tomar en cuenta los aspectos psicológicos que influyen en la diabetes y la intervención de los pacientes diabéticos. En el párrafo anterior se puede observar como las investigaciones sobre la diabetes pasan de enfocarse en la dieta adecuada, el ejercicio o las prescripciones médicas, a una mirada más holística en dónde aspectos como la calidad de vida, el soporte familiar, el estado emocional y psicológico del paciente empiezan a tomar parte dentro del tratamiento.

4. Adherencia al tratamiento

Las dificultades existentes en el seguimiento de los tratamientos médicos o psicológicos por parte de enfermos crónicos, como es el caso de los diabéticos es un problema que conlleva altos costos en todos los sentidos y para todas las partes implicadas. Es claro que el paciente pierde la oportunidad de mantener o estabilizar su estado de salud física y mental, si no cumple con el tratamiento o lo lleva a medias.

Pero a la par, si el mismo es atendido en una institución pública, la sociedad costea fuertes fondos de inversión para enfermedades crónicas.

Según el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO, 2015) los costos sociales por diabetes ascienden a más de 85 mil millones de pesos al año. De esta cifra, 73% corresponde a gastos por tratamiento médico, 15% a pérdidas de ingreso por ausentismo laboral y 12% a pérdidas de ingreso por mortalidad prematura. A la par se estima que cada año se pierden más de 400 millones de horas laborables por diabetes, lo que equivale a 184,851 empleos de tiempo completo. Lo que a su vez representa el 32% de los empleos formales creados en 2014.

Pero no solamente hay un costo económico, también hay un costo social pues una persona pre-diabética puede llegar a gastar hasta 1.9 millones de pesos en 30 años, por todos los tratamientos que implica la misma enfermedad (IMCO, 2015). Provocando que la familia, o el sujeto invierta una buena parte de su sueldo o pensión en los tratamientos, pudiendo incluso llevar a la bancarrota financiera a su familia. No obstante, si un pre-diabético modifica su dieta y actividad física, el costo por el cambio de dieta y actividad física, en 30 años a partir del diagnóstico es de 92,860 pesos. La falta de adhesión al tratamiento es uno de los problemas que no solo crea mayores costos al erario público y a la persona que lo padece. Sino que también provoca pérdida en la calidad de vida de las personas (IMCO, 2015).

4.1 Concepto de adherencia al tratamiento

En la literatura sobre adherencia al tratamiento se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. A su vez los términos más utilizados han sido cumplimiento del tratamiento, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica. Aunque cabe recalcar que se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia (Martín, 2009; Ferrer, 1995) y conformidad (Burnier, 2005).

Un término comúnmente utilizado por los profesionales de la salud, y encontrado en la literatura, es el de cumplimiento del tratamiento. A pesar de lo anterior, este término ha sido criticado en el campo de la psicología de la salud. Pues el término comprende un alcance restringido de la complejidad del fenómeno. Esto se

debe a que el cumplimiento del tratamiento refiere a un comportamiento obediente del paciente. Es decir, un rol pasivo, dirigido a seguir las instrucciones del profesional de la salud. Lo que presupone incapacidad en la toma de decisiones del sujeto, al seguir las recomendaciones propuestas (Ferrer, 1995; OMS, 2004b).

Con el fin de superar estas limitaciones conceptuales se introdujo en la literatura científica, el término adherencia terapéutica como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos (Martín, Garu, & Espinosa, 2014).

De hecho, en la actualidad el término adherencia terapéutica es utilizado por la OMS y por la Red Mundial Interdisciplinaria de adherencia a los tratamientos de larga duración para la elaboración de sus documentos y directrices de trabajo. A la par, este término ha sido reconocido como equivalente de adherencia al tratamiento (Martín & Garu, 2004).

En base a lo anterior, podría afirmarse que la conducta de seguir las indicaciones del especialista en salud dependería entonces de la responsabilidad y educación del paciente, pero a la par de las acciones que el especialista de la salud haya realizado para convencer de la importancia del mismo. Así como de claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de comunicación para lograr su implicación activa y participativa en el proceso de tratamiento.

Es así, que se entiende que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo con una estructura y dinámica interna, que integra en primer lugar un componente personal, propio del paciente; en segundo, un elemento relacional, en el que se encuentra implicado el profesional de salud; y en tercero, un aspecto comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud (Martín, 2009; Ministerio de Salud Pública, 2011).

La anterior definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema pues, en primer lugar, el paciente participa de manera activa y voluntaria. Es decir, se compromete, involucra y responsabiliza en un comportamiento dirigido al beneficio de su salud. Lo cual, se traduce en acciones prácticas. Por lo cual, el proceso, no es una simple conducta de respuesta a algo que se le indican. A la par, el personal de salud está en una interacción con el paciente. Siendo esta una dimensión muy importante del proceso que se debe considerar.

Por lo anterior, la OMS (2004b) reconoce que la adherencia terapéutica, es vital para evitar repercusiones negativas en la salud de la población. Considerando que la

atención en este rubro debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud (Martín & Garu, 2004).

4.2 Factores influyentes en la adherencia al tratamiento

Diversos autores expresan que la adherencia al tratamiento es un proceso modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza, tales como sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento, y de la organización de los servicios de salud (Hernández & Grau, 2005; Ferrer, 1995). La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes entre sí, que influyen sobre la adherencia. Las dimensiones son: lo relacionado con la enfermedad; el tratamiento; el paciente; los factores sociales, demográficos y económicos; y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria (Martín & Garu, 2004).

Existe una gran variedad de estudios que se han realizado para conocer los factores relacionados con los determinantes de la adhesión y las conductas de adhesión al tratamiento. Uno de ellos es el realizado por Epstein y Masek (1978) quienes constataron la correlación de cuatro variables con la adhesión: la raza, la complejidad del tratamiento, la duración de la terapia y la creencia en la eficacia de la terapia. No obstante, a partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS; Martín (2009) elaboró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores. El mismo está compuesto por cinco grupos. El primer grupo es el de los factores socioeconómicos y demográficos, el segundo el de los factores del sistema de salud y el equipo de salud, el tercero está compuesto por las características de la enfermedad y del tratamiento, el cuarto por la red familiar y social; y por último, el quinto está formado por el paciente. A continuación, se describe brevemente cada uno de los factores asociados.

Factores socioeconómicos y demográficos

La OMS (2004b) señala que las dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presentan tanto en países desarrollados como en países en vías de

desarrollo. Algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les puede atribuir un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica. Por ejemplo, el gasto del paciente para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar recursos monetarios.

En comparación Ferrer (1995) señala que muchos autores muestran su acuerdo en considerar que factores sociodemográficos, tales como, el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la etnia y la religión, han demostrado ser, predictores adecuados de la adherencia o el cumplimiento.

Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria

En cuanto al sistema de asistencia sanitaria, la OMS (2004b) plantea el efecto sobre la adherencia de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, así como la falta de incentivos para ello.

Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia. Por otro lado, la influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud. Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo (Martín & Grau, 2004).

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento

Este rubro se refiere a las características del régimen terapéutico. Es decir, a la complejidad del tratamiento. En este caso se incluye el grado de cambio en los comportamientos que exige, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o si

exige pautas nuevas de comportamiento. Esto también incluye el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de fármacos y, además, es importante destacar, la presencia de efectos secundarios o indeseables (Basterra, 1999; Ferrer, 1995).

Por otra parte, los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella, con las cuales se enfrenta el paciente. Las enfermedades agudas no están caracterizadas por síntomas de dolor o incomodidad. Por lo cual, para aliviar el dolor se realiza el tratamiento. Esto produce una mayor tasa de cumplimiento. Mientras que, en las enfermedades crónicas, sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, como puede ser el caso de la diabetes, es más difícil de seguir las recomendaciones, por la larga duración o el largo plazo, pues estas requieren modificaciones de estilos de vida y cambios de comportamiento (Basterra, 1999).

Factores relacionados con la red familiar y social

En este grupo se destaca el papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento (Rodríguez, 1995; Ferrer, 1995).

Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoyando en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento. En ocasiones también puede asumir una parte de la responsabilidad en este proceso. Es por esto que Rodríguez (1995) señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones médicas.

Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente se refieren a los aspectos psicológicos moduladores de la adherencia. En este caso se puede contemplar a los conocimientos

que el enfermo tiene sobre su condición y tratamiento (Ortiz & Ortiz, 2007). Esto le permite actuar de manera consciente, y con bases claras y reales, que le permitan manejar de una forma óptima su enfermedad.

Zaldívar (2003) considera que la representación de la enfermedad es un factor psicológico modulador específico de la adherencia terapéutica. Para él, el modelo de representaciones sociales que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución. Podría decirse entonces que, la interpretación subjetiva de cada sujeto acerca de su enfermedad, integra creencias, atribuciones, emociones y actitudes hacia la enfermedad que facilitan o entorpecen el comportamiento adherente.

A la par, Roca (2000) afirma que la motivación hacia la salud dirige el comportamiento del paciente con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que le conserven. Por lo cual, es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, tomando como base una visión plena de la vida; pues la persona con proyectos, metas y propósitos a lograr será capaz de estructurar su campo de actuación en función de proteger su calidad de vida en la que incluirá la adherencia a un tratamiento que lo garantice. Portilla (2011) menciona que la enfermedad provoca un descenso en el bienestar psicológico y social de quien la padece. Por lo cual, con base en lo anterior se podría afirmar que aquellas personas diabéticas con una mejor calidad de vida y un mejor autoconcepto, pueden presentar mayor adherencia al régimen de salud que aquellos con un bajo autoconcepto y poca calidad de vida.

En general, en la literatura se han descrito diferentes determinantes de los comportamientos para el autocuidado (Glasgow, McCaul, y Schafer, 1987; De Weerd, Visser, Kok & Van Der Veen, 1990) como el nivel de estrés, de ansiedad, de conocimientos, el locus de control sobre la salud, la actitud hacia el autocuidado, el ambiente social y las variables demográficas.

5. Calidad de Vida

5.1 Concepto de Calidad de Vida

Para poder comprender el concepto calidad de vida es preciso ir un poco más allá del

campo de la salud y situarnos en el mundo de las máquinas. El término calidad o *quality* en inglés, hace referencia al mundo de la industria, pues en este se requiere del control de los productos elaborados, que cumplan con patrones óptimos. Cuando se mide la calidad se establecen los límites que permiten discriminar lo aceptable de un producto.

Cuando se habla del término de calidad algunos autores sitúan sus orígenes en trabajos teóricos clásicos de Filosofía y Ética como los de Ferrell, Wisdom, & Wenzel (1989) y Grau, (1997), en donde se discutía sobre los problemas del significado de la vida y sobre las dimensiones espirituales del sufrimiento. Por otro lado, se encuentra que Bech (1993) señala al presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, como la primera persona pública en utilizar el término en 1964.

Sin embargo, la literatura muestra que existe cierto consenso en aceptar que el desarrollo de la calidad de vida tuvo lugar desde las Ciencias Médicas, unido al ámbito de los cuidados y de la atención a la salud, para extenderse rápidamente a la Psicología y a la Sociología, en un intento de desplazar a otros términos de uso frecuente, pero más difíciles de operativizar, como el bienestar y la felicidad (Moreno & Ximénez, 1996).

No obstante, sería hasta 1978, con la publicación de una revisión denominada 30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos americanos (Larson, 1978) que comenzó la difusión del término, el cual, produjo una expansión a lo largo de la década de los 80, paralelamente al incremento en el uso de los conceptos de bienestar, salud y felicidad (Fernández, 2009).

La evolución en la concepción del término de calidad de vida, se percibe en el hecho de que, mientras la mayoría de los trabajos sobre calidad de vida publicados a principios de los años 80 provenían de las ciencias médicas, con una proporción de 10:1 en relación a los trabajos de corte psicosocial, a finales de esta década la proporción se había invertido (Fernández, 2009). Esta evolución, además de aumentar significativamente el volumen de trabajos publicados sobre el tema, determinó un giro significativo en la forma de abordar la calidad de vida.

Han transcurrido más de 30 años desde aquella publicación de Larson en 1978, y en la actualidad todavía no se ha llegado a establecer un consenso general sobre la definición y forma de evaluación de la calidad de vida. Aunque si ha habido un avance en cuanto se refiere a algunas ideas clave que generalmente se aceptan como representativas del concepto. En general, se aceptan como ideas clave de la calidad

de vida, las siguientes (Fernández, 2009; Yanguas, 2006).

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos aspectos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Fernández-Ballesteros (1997), va todavía más allá en la forma de plantear el debate entre lo que debe de ser considerado dentro de la calidad de vida. Y afirma que existen 4 formas divergentes de analizar la calidad de vida. Como primer punto tenemos aquellos estudios que plantean que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones. En segundo lugar, se encuentran aquellos que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas. Para el tercer lugar, menciona los estudios que cuestionan si la calidad de vida se refiere necesariamente a un concepto ideográfico, en el sentido de que debe ser el sujeto quien ha de establecer cuáles son los ingredientes que intervienen en la calidad de su vida. Y, por último, se encuentran los estudios que plantean si la calidad de vida es un concepto etimológico, que permitiría establecer un patrón de calidad de vida general para todos los sujetos.

En la literatura actual puede observarse que la necesidad de unir los elementos objetivo-subjetivo, en la definición y evaluación del concepto parece consensuarse en los últimos años (Casas & Aymerich, 2005 citado en Pianzo, Sánchez). No obstante, y con fines para este trabajo a la calidad de vida se le concibe como el nivel de satisfacción con las condiciones en que se desarrollan las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero

que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales (Fernández, 2009).

Otras definiciones que sustentan la anterior son las proporcionadas por la OMS (1994) y por Felce y Perry (1995). La primera menciona que la calidad de vida es la percepción que tiene un individuo con respecto a su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive. A la par, de la percepción que éste tiene en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones (OMS, 1994 citado en Fernández, 2009). La segunda mencionada por Felce y Perry (1995), afirma que la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

5.2 Calidad de vida relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de tres aspectos, los cuales son salud, estado de salud y calidad de vida. En estos conceptos se agrupan los elementos que forman parte del individuo, así como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995).

Hay que tener en cuenta que la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud se ha enfocado mucho en los efectos sobre la calidad de vida de patologías muy diferentes, por los que, además de las medidas generales, hay una gran cantidad de medidas de calidad de vida específicas para diferentes condiciones (Patrick y Deyo, 1989; Spilker, 1996). En el campo de la salud mental se requiere un concepto amplio y multidimensional que incluya la mayoría de los aspectos de la vida (Bullinger, 1993).

La salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida. Esto se debe al hecho de que si la persona presenta salud esto genera cierto nivel de calidad de vida, y a la par

repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no sólo es el valor predominante, sino unificador de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida (Moreno & Ximénez, 1996).

Durante muchos años, las investigaciones y atención sanitaria en los países desarrollados, se ha distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las enfermedades y por la búsqueda de la disminución del impacto de estas mismas sobre las actividades diarias de los pacientes. No obstante, los efectos secundarios de los tratamientos paliativos que consiguen aliviar los síntomas y/o limitar la progresión y las consecuencias incapacitantes de la enfermedad, plantea el dilema de que tan de acuerdo estaría una persona en vivir bajo ciertas condiciones limitantes o con efectos secundarios. Con base en lo anterior, surge el término específico de calidad de vida relacionada con la salud. Este término se vincula directamente de la esperanza de vida, y otros conceptos, como el de años de vida ajustados a calidad. Lo cual hace referencia al hecho de la disfunción física, el dolor y el malestar, limitaciones de las actividades personales y sociales cotidianas, bienestar psicológico, además de otros aspectos del día a día de las personas y de su calidad de vida global juzgada por el propio individuo (Lawton, 2001).

Por otro lado, el concepto de calidad de vida en la salud, pretende aunar en las nociones de salud, percepción de salud y calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos otros que son externos a éste pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badia, 1995). Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. Lo anterior es un constructo multidimensional, que no puede ser observado de manera directa, sino deducido de manera indirecta a través de indicadores (Siegrist, Broer, & Junge, 1996).

Por lo anterior, se puede afirmar que existen tres aspectos determinantes en la definición de la calidad de vida relacionada con la salud, los cuales son:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos de esa enfermedad o tratamiento provocan la disminución en la ejecución normal de las actividades del individuo y la reducción de su bienestar.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud únicamente pueden

ser realizados por el propio individuo.

5.3 Calidad de vida en personas mayores con enfermedades crónicas

En líneas generales la investigación sobre Calidad de Vida es importante, porque el concepto está emergiendo como principio organizador, que puede ser aplicable para la mejora de la sociedad postindustrial, la cual está sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas (Schalock, 1997).

Recientemente, se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998). Y no solo con la capacidad funcional, la cual es valorada desde el punto de vista físico, psicológico y social, además de relacionarse con la salud, y las condiciones socioeconómicas (Butler, 1999).

Por lo anterior, la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, específicamente de personas mayores con enfermedades crónicas, puede ser utilizada tanto para la evaluación de las necesidades personales de los mismos, así como de su nivel de salud, atención a la dependencia, motivación, felicidad, entre otros. Pero la medición de la calidad de vida no sólo serviría para obtener indicadores subjetivos de la persona, sino también para el conocimiento de los niveles de satisfacción que tiene la persona para con los servicios médicos y psicológicos, recursos y actividades de alguna residencia en la que pudieran estar, e incluso de la misma familia en la que viven. Además de esto, podría ayudar a nivel país y mundial, a obtener indicadores sobre la salud, bienestar y felicidad, que permitan crear políticas públicas, programas asistenciales, recursos sociales y presupuestos económicos que permitan ayudar a esta población que va en aumento.

En el caso de los enfermos crónicos se observa a simple vista un quiebre importante en una de las variables que se considera un componente principal de la calidad de vida, la cual es su estado de salud. En diversos estudios se compara la calidad de vida de los enfermos crónicos con personas sanas y en muchos casos se obvian ciertos aspectos de la calidad de vida que también son esenciales para poder evaluarla integralmente y para poder valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre

el individuo que la padece.

A pesar de tener una gran variedad de planteamientos acerca de los dominios y variables que comprenden la calidad de vida existe un acuerdo respecto a que la calidad de vida es un constructo multidimensional, por lo que, en pacientes crónicos, como lo son pacientes con diabetes mellitus, presentan cuatro aspectos principalmente que afectan su calidad de vida. Estos aspectos son: el estatus funcional (aspecto físico), los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, funcionamiento psicológico y el funcionamiento social (Fernández, 2009). A continuación, revisaremos el impacto que genera una enfermedad crónica como la diabetes mellitus en diferentes aspectos de la vida del paciente.

- Impacto en la percepción del bienestar: Una de las razones más importantes para cuidar la calidad de vida de las personas con diabetes, es que se encuentran diferencias significativas en el impacto del tratamiento intensivo de insulina en la calidad de vida de las personas. Algunas personas pueden integrarlo perfectamente en sus estilos de vida, pero otras manifiestan tener muchas dificultades (Rodin, 1990). Por consiguiente, las diferencias en la naturaleza de la enfermedad, la personalidad y el entorno social de las personas con diabetes, así como la carga y el tipo de tratamiento médico, pueden contribuir a la mayor o menor calidad de vida.
- Impacto en el funcionamiento físico y social: Mayou, Bryan y Turner (1990) encuentran en su trabajo que los individuos dependientes de la insulina informaban tener algún tipo de alteración en su vida social o trabajo relacionado con la diabetes, así como también un impacto medio en lo que respecta a su calidad de vida. El impacto en la calidad de vida para algunos autores (Tebbi, Bromberg & Sills, 1990) depende de la duración y severidad de las complicaciones.
- Impacto en estado mental y emocional: Tebbi, Bromberg y Sills (1990) encontraron mayores síntomas depresivos en su muestra de adultos con diabetes, estos autores utilizaron el *Rand General Wellbeing Scale*. Por otro lado, en el estudio de Littlefield, Rodin y colaboradores (Rodin, 1990) aplicaron el *Beck Depression Inventory* a 158 adultos con diabetes tipo 1, y observaron que los síntomas depresivos correlacionaban con la severidad del daño funcional. Aumentando significativamente en aquellos individuos que percibían

un menor apoyo social.

Calidad de vida y jubilación

Amén (2002) en su trabajo sobre la jubilación afirma que es necesaria una búsqueda de alternativas que garanticen una mejor calidad de vida a la persona jubilada. Desde esta perspectiva, tanto a nivel público como privado, se deben implementar iniciativas orientadas a garantizar una adecuada adaptación a la jubilación.

De acuerdo a autores tales como Streib (1956) y Maddox (1970), el proceso de adaptación a la jubilación es el resultado del proceso de afrontamiento que el adulto mayor vive frente a este suceso vital potencialmente estresante. El modelo Transaccional del Estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1984) sostiene que el estrés psicológico es un proceso en el que el individuo, al experimentar cambios en su vida vinculados al ambiente social que lo rodea, podría evaluar a los mismos como amenazantes para su bienestar si considera que exceden su capacidad para hacerle frente a la situación de cambio. Por lo cual, la jubilación puede ser percibida por el sujeto como un suceso estresante en dónde para que se tenga una buena calidad de vida, se deberá de tener una adaptación que le permita tener una actitud favorable ante este hecho.

Atchley (1976) sostiene que las actitudes positivas hacia la jubilación son indicadores de una adaptación saludable frente a esta nueva realidad. Lowis, Edwards y Burton (2009) añaden que, para disfrutar de la jubilación, es importante para los adultos mayores poder generar un afrontamiento eficaz ante los cambios, el cual se caracterice por poseer una actitud positiva frente a esta nueva etapa, asociada a un buen nivel de satisfacción vital y por ende una mejor calidad de vida.

De acuerdo a Salamon y Conte (1984), la satisfacción vital está compuesta por la percepción de los individuos acerca de diferentes aspectos de su vida tales como actividades diarias, sentido de la vida, metas, estado de ánimo, concepto de sí mismo, salud percibida, estatus financiero y contactos sociales. Muchas de estas características están dentro de las variables objetivas y subjetivas de la calidad de vida por lo cual, un mejor proceso de adaptación a la jubilación podría ser un indicador de una mejor calidad de vida.

6. Autoconcepto

6.1 Definición y Características

De acuerdo a Musitu y Román (1982), Platón fue el que inició el estudio del *self* entendido como alma. Aristóteles, en el siglo III a.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Sin embargo, va a ser San Agustín, el que describa una primera suposición de introspección de un *self* personal.

En una revisión histórica realizada por Rodríguez (2008), fue James a finales del siglo XIX (1890) el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto y que estableció un esbozo de lo que hoy sería la concepción jerárquica y multidimensional del mismo. En su obra *The principles of psychology*, James establece una clara distinción entre dos aspectos fundamentales del yo. El yo como sujeto y el yo como objeto, entendiendo al yo sujeto como el responsable de la construcción del yo objeto, siendo el yo objeto la entidad que recoge la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos, y, por tanto, vendría a ser el autoconcepto.

Dicha globalidad de autoconocimientos, también entendida como yo objeto o autoconcepto, estaría dividida, a su vez, en cuatro componentes: a) el yo-material, formado por el cuerpo y por todas aquellas propiedades materiales que entendemos como propias; b) el yo-social, que comprende las percepciones interiorizadas procedentes de las personas de su entorno; c) el yo-espiritual conformado por el conjunto de capacidades, rasgos, impulsos y motivaciones propias y d) el yo-puro, el cual tiene una definición mucho más difícil, pero equiparable a un sentimiento de unidad que cada cual va experimentado a lo largo de su vida y que otorga identidad a los comportamientos y emociones vividas a lo largo de las etapas evolutivas de la persona (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008, Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011).

James no sólo describió las distintas partes del autoconcepto, sino que también las organizó en una estructura jerárquica donde el yo-espiritual ocuparía la cima de la estructura, por debajo de él se encontraría el yo-social, y en la parte más inferior de la jerarquía se situaría el yo-material. A estas dos características de multidimensionalidad y jerarquía del autoconcepto, James añade que la persona tiene tantos yo sociales como individuos que generan una imagen mental de esa persona. Además de esto, declara que el autoconcepto es eminentemente social; y, de otro lado, señala la trascendencia de la diferencia entre los logros (yo-percibido) y las

aspiraciones (yo-ideal), y la distinción entre la percepción (el juicio) y la importancia conferida (valor) a esos logros (Rodríguez, 2008).

El modelo que concibe James es un modelo que aún hoy resulta perfectamente válido, pues los avances posteriores en el conocimiento de este constructo no hacen sino apoyar empíricamente y profundizar sus planteamientos. Portilla (2011) afirma que James elabora su teoría del *self* mediante la introspección personal y la observación de la conducta y actitudes de otros, y sugiere que el sujeto es tanto un conocedor como un objeto de conocimiento. Por lo cual, el *self*, según James, puede actuar tanto como un agente con capacidad para pensar y percibir, como un algo u objeto sobre el que se reflexiona. Ese sería el motivo por el cual el ser humano puede pensar, percibir y conocer muchas cosas, incluyéndose a sí mismo. Es así que este autor plantea que se pueden distinguir dos dimensiones dentro del *self* (o persona): El sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el Mí, del que tenemos conocimiento, que vendría a ser la suma total de lo que una persona conoce de sí mismo.

William James teórico del autoconcepto también estableció las diferencias entre el autoconcepto y la autoestima (González, Núñez, Porto, Santorum & Valle, 1990). Él señala que la autoestima es en gran medida un resultado de la comparación de nuestro yo real con nuestro yo ideal, además de ser el resultado de nuestros éxitos en base a nuestras pretensiones. Lo anterior es una ley que afirma que la estima aumenta a medida que crecen nuestros éxitos o disminuyen nuestras aspiraciones o pretensiones. Por lo tanto, señala, que se tiene una autoestima alta cuanto más cerca esté el autoconcepto del yo ideal y se tiene una autoestima baja cuando la distancia es grande. Por lo cual, autoconcepto y autoestima están relacionados, pero no son el mismo constructo.

El autoconcepto juega una posición determinante en el complejo proceso del desarrollo psicosocial de los individuos. En este proceso el autoconcepto sería el encargado de regular las conductas de los individuos en los diferentes contextos en los que se desenvuelven como son el familiar, el social, el académico o laboral, el físico y el emocional.

De manera general el autoconcepto se define como un conjunto de tres factores de actitudes en referencia al yo, apuntando principalmente al pensamiento, a los sentimientos y a la conducta. (Shavelson, Hubner & Statnton, 1976; Watkins & Dhawan, 1989; García & Musitu, 2001). No obstante, y para fines de esta

investigación, el autoconcepto se entiende como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). En donde, el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de importancia que la persona dé a cada uno de los componentes específicos (Harter, 1986). Es decir, si al auto-describirse la persona realiza juicios satisfactorios, entonces obtiene un autoconcepto global positivo. En el caso contrario, genera sentimientos negativos que repercutirán en un autoconcepto global negativo. En general el autoconcepto posee funciones básicas, un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional, en cambio uno negativo es uno de los signos de disfuncionalidad de la personalidad y del comportamiento (González-Pérez y Criado del Pozo, 2003).

En la actualidad se acepta la premisa de que, el autoconcepto es una estructura de contenidos múltiples (Axpe & Uralde, 2008), con una consistencia interna (Epstein, 1981), jerárquica y multidimensional (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Shavelson *et al.* (1976) coinciden en cuanto a la multidimensionalidad y la presencia de jerarquía en el autoconcepto, pero a la par añaden que es estable y aprendido.

Para Shavelson *et al.* (1976) la multidimensionalidad hace referencia a las diversas autopercepciones que el sujeto construye a lo largo de su vida. Razón por la cual un sujeto podría atribuirse diferentes percepciones de sí mismo como son ser conocedor de la cocina y al mismo tiempo, ser deportista, o tener una forma en particular de interactuar con los demás. En este caso las autopercepciones que el individuo genere de sí mismo variarán de una persona a otra en número y en importancia, dependiendo de ciertas variables como la edad, el sexo, la cultura, el medio social en el que se desarrolló, las exigencias profesionales, etc.

En cuanto a la jerarquía, las distintas facetas del autoconcepto se organizan jerárquicamente, de arriba hacia abajo, de lo general a lo particular, figurando en la parte superior de la escala el autoconcepto general, descendiendo hasta las facetas más específicas en la parte inferior. Un ejemplo de esta jerarquía pueden ser las evaluaciones en el área de aprendizaje (González-Pérez & Criado Del Pozo, 2003). La organización jerárquica se da en tres niveles como se puede observar en la siguiente figura:

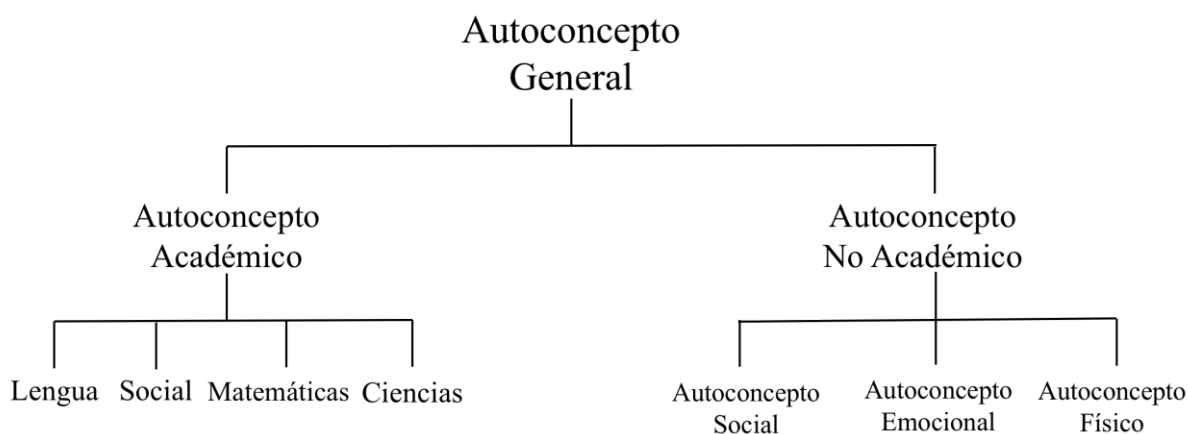


Figura 1 Estructura del autoconcepto según Shavelson (tomada de González-Pérez & Criado Del Pozo, 2003).

En la *figura 1* se puede observar la organización y las dimensiones del autoconcepto. Cuando se habla de dimensiones, en la *figura 1* podemos observar como el autoconcepto general está formado por las dimensiones Autoconcepto Académico y No Académico se sitúan en el nivel intermedio, y cómo estas a su vez están compuestas por otras más pequeñas como son en el caso del Autoconcepto No Académico, el Autoconcepto Social, Emocional y Físico. De este modelo se puede deducir que el autoconcepto general será resultado de unos autoconceptos parciales con valoración diferente.

Otro de los componentes del autoconcepto es la estabilidad. La estabilidad cambia cuando el ser humano atraviesa períodos críticos en los que se le exige que asuma nuevos roles y se ajuste a nuevas demandas (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). De acuerdo con el modelo presentado en la *figura 1* cuanto más general o más arriba esté situada la dimensión mayor estabilidad posee. Finalmente, la última característica del autoconcepto hace alusión a lo aprendido. El autoconcepto se adquiere y modifica a través de los intercambios y relaciones personales. Es un proceso continuo que no se completa nunca, por lo que en ámbitos educativos este constructo es de gran relevancia (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976).

Si bien muchos autores realizan diferentes planteamientos acerca de las dimensiones del autoconcepto, la mayoría de ellos se basan en el modelo propuesto por Shavelson *et al.* anteriormente mencionado. No obstante, y para fines de esta investigación se tomará el planteamiento que realizan García y Musitu (2001), ya que este está basado en el modelo de Shavelson de 4 dimensiones, pero a su vez agrega

la dimensión del autoconcepto familiar/físico. Cabe mencionar que la dimensión física es importante en el presente estudio pues pretende indagar el autoconcepto en jubilados con diabetes, por lo cual, ese rubro es fundamental para la investigación. García y Musitu (2001), mencionan cinco dimensiones básicas del autoconcepto: académica/profesional, social, emocional, familiar y física. A continuación, se describe brevemente cada una:

- Autoconcepto académico/laboral: percepción que el sujeto tiene de la calidad de su desempeño, como estudiante o como trabajador. La dimensión se centra en dos aspectos: el primero relativo al sentimiento que se genera en el estudiante o en el trabajador acerca de su actividad a través de sus profesores o superiores (buen alumno, buen trabajador, etc.) y el segundo, referido a cualidades concretas valoradas especialmente en ese contexto (inteligencia, hábito de trabajo, etc.). Si bien nuestras muestras de estudio son jubilados, algunos pueden seguir desempeñando su rol de trabajador en empleos parciales, o muchos de ellos pueden asistir a clases, cursos o talleres que les permitan vivenciar este rubro.
- Autoconcepto social: éste puede definirse como la percepción que el sujeto tiene de su competencia en las relaciones sociales. Esta dimensión está integrada por dos aspectos. El primero referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla. Y en segundo lugar hace referente a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales, por ejemplo, ser amigable o alegre.
- Autoconcepto emocional: es la percepción que el sujeto tiene sobre su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Esta dimensión permite diferenciar dos aspectos: el primero hace referencia a la percepción general sobre el propio estado emocional, por ejemplo, me asusto con facilidad, soy nervioso. El segundo se centra en la autovaloración emocional en situaciones concretas en las que la otra persona es de rango superior entendiéndose un profesor, un jefe, o cualquier figura de autoridad. Un autoconcepto emocional alto supone que el sujeto, además de controlar las situaciones y emociones, responde adecuadamente a los diferentes momentos de su vida.
- Autoconcepto familiar: este rubro debe de entenderse como la percepción que

tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de esta dimensión se distribuye en dos aspectos. El primero se refiere específicamente a la confianza y el afecto de los padres. El segundo relativo a cuatro variables de la familia y el hogar. dos de ellas formuladas positivamente –me siento feliz y mi familia me ayudaría– aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente –mi familia está decepcionada y soy muy criticado–, hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares.

- Autoconcepto físico: por último, el autoconcepto físico se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El autoconcepto alto correlaciona positivamente con percepción de salud y de bienestar, con autocontrol, con rendimiento deportivo, con motivación de logro, al igual que con integración académica y social. El autoconcepto bajo, por su parte, correlaciona negativamente con la ansiedad, y problemas interpersonales.

Autoconcepto y jubilación

De acuerdo a Vera y Zebadúa (2002), el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización y está relacionado con nuestro bienestar en general. Partiendo de este punto podría afirmarse que la importancia del autoconcepto reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clemes & Bean, 1996; Clark, Clemes & Bean, 2000).

Wilson y García (2000 citado en Domínguez, 2003) afirman que el papel y la posición que las personas mayores toman con respecto a la familia y sociedad han tenido modificaciones sustanciales de acuerdo al desarrollo de la sociedad, pues en la comunidad primitiva y las tribus, los ancianos eran venerados por su sabiduría, por lo cual, desempeñaban una función importante dentro de aquellas sociedades. Ejemplo de ello era la transición de la cultura y los conocimientos de la vida diaria de ancianos a personas jóvenes.

En una sociedad post-industrial, en dónde el valor de la persona se torna alrededor del valor del trabajo, a los jubilados se les despoja del rol para el que han sido educados y el que socialmente fueron reforzados a tomar. Esta es la razón por lo cual Wilson y García (2000 citado en Domínguez, 2003) afirman que la jubilación propone cambios en el autoconcepto por la reestructuración total que requiere. También, si la persona jubilada presenta una enfermedad crónica su autoconcepto se verá modificado por las problemáticas que el individuo enfrenta y por los recursos para solucionarlo (Villar, 1999).

7. Planteamiento del problema

En el mundo postindustrial en el que vivimos la gran mayoría de la población experimentan dos situaciones importantes que son, en primer lugar, la jubilación y en segundo los cambios que la vejez trae con respecto a la salud. La jubilación se entiende como el proceso por el cual las personas que han desempeñado alguna actividad laboral cesan en la vida activa-productiva para pasar a depender de una pensión o equivalente (Buendía, 1994). De acuerdo a Hernández (2009) desde el punto de vista social y profesional, la jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que, atendida la circunstancia de la edad, cesaron voluntaria o forzosamente en su trabajo profesional por cuenta ajena o por cuenta propia; es decir, es el término del desempeño de las tareas laborales remuneradas, a causa de la edad.

Cuando una persona se vuelve mayor y cambia su rol de trabajador a uno de jubilado, puede que la persona lo haya hecho porque él o ella ya ha cumplido con la edad mínima para el retiro que, en el caso de México, es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Porque la persona así lo desee o porque tiene alguna enfermedad o invalidez.

Una de las enfermedades que puede afectar la vida de un jubilado es la diabetes. En nuestro país del 2001 al 2012 la incidencia de personas mayores diabéticas aumento considerablemente (INEGI, 2013). La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, que es la hormona que regula el nivel de glucosa o azúcar en la sangre. También puede presentarse cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la

insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es el daño severo a órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 1999).

Diversos estudios (Cunha, 2003; García, 2005) reportan que los pacientes con diabetes mellitus no solo presentan afectaciones físicas, sino que también desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva al deterioro del bienestar de los sujetos que la padecen. Dentro de las alteraciones que pueden presentarse se encuentran la ansiedad, inseguridad, miedo, angustia, impacto en la autoestima, el autoconcepto y la calidad de vida entre otras conductas reactivas (Portilla, 2011).

Uno de los factores clave para el tratamiento o control de la diabetes es la adherencia al tratamiento, este se entiende como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica, psicológica o conductual. La adherencia es crucial para que los estándares de vida de la persona se mantengan y esta pueda llevar una buena calidad de vida.

La calidad de vida es el nivel de satisfacción con las condiciones en que se desarrollan las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales (Fernández, 2009). La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Cuando se habla de calidad de vida un concepto básico que proporciona una vida sana es el autoconcepto positivo. Vera y Zebadúa (2002) mencionan que el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, para un buen funcionamiento y autorrealización, a la par, éste está relacionado con nuestro bienestar en general. El autoconcepto se entiende como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). En donde, el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de importancia que la persona dé a cada uno de los componentes específicos (Harter, 1986).

Con base en lo anterior surge la pregunta ¿existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida y el autoconcepto en jubilados diabéticos con y sin adherencia al tratamiento médico? Por lo cual, el objetivo general de esta investigación es conocer si existen diferencias en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en jubilados con diabetes mellitus tipo 2 con y sin adherencia al tratamiento médico. Con el fin de profundizar en la investigación se presentan como objetivos específicos: describir la Calidad de Vida de los jubilados con diabetes mellitus tipo 2 con y sin adherencia al tratamiento, así como, describir su Autoconcepto.

Hipótesis

1. Habrá mayor calidad de vida en jubilados diabéticos con adherencia al tratamiento médico que en jubilados diabéticos sin adherencia al tratamiento médico.
2. Habrá un mejor autoconcepto en jubilados diabéticos con adherencia al tratamiento médico que en jubilados diabéticos sin adherencia al tratamiento médico.